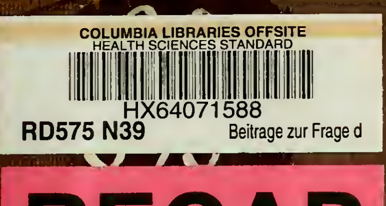
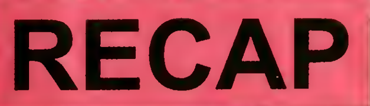

COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64071588
RD575 N39
Beitrage zur Frage d

RECAP





(Mittheilungen aus der unter Leitung des Oberarztes Hrn. Dr. Rotter stehenden chirurgischen Abtheilung des St. Hedwig-Krankenhauses zu Berlin.)

Beiträge zur Frage der Nephrorrhaphie.

Eine Apologie der Nephrorrhaphie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 17. August 1892

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Conrad Neumann

prakt. Arzt

aus Schneidemühl (Posen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. et phil. Gustav Hagemann, prakt. Arzt.
- Dr. med. Martin von Manger, prakt. Arzt.
- Dr. med. Richard Knorr, prakt. Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Dem Oberarzte

Herrn Dr. J. Rotter,

dirigirendem Chef der chirurgischen Abtheilung des
St. Hedwig-Krankenhauses zu Berlin

in Ehrerbietung und Ergebenheit

gewidmet

vom

Verfasser.

In dem Zeitraum vom September 1890 bis December 1891 sind neun Nephrorrhaphien durch Hrn. Dr. Rotter ausgeführt worden. Die in den behandelten Fällen erzielten Resultate sind durchschnittlich gute zu nennen und können ihrerseits dazu beitragen, dass dieser Operation eine grössere Würdigung zu Theil wird. Leider sind die Stimmen, welche sich diesem chirurgischen Eingriff gegenüber in befürwortendem Sinne äussern, noch immer nicht sehr zahlreich, soweit sie in der Litteratur bekannt werden. Das ist der eine Grund, wesshalb ich das einschlägige, im St. Hedwig-Krankenhause gewonnene Material, welches mir in der liebenswürdigsten Weise von dem Hrn. Oberarzt Dr. Rotter zur Verfügung gestellt worden ist, veröffentlicht sehen möchte. Den anderen ungleich wichtigeren Grund, es zu thun, finde ich darin, dass die Erfahrungen, welche ich durch persönliche Beobachtung der betreffenden Operationsfälle und speciell durch die Prüfung ihrer Resultate habe machen können, mich auf einen Standpunkt geführt haben, welcher von dem seitens der Anhänger der Nephrorrhaphie allgemein vertretenen Standpunkte etwas abweicht. Diese Abweichung bezieht sich auf die Indicationsstellung im Allgemeinen und auf die Frage nach dem Ort der Anheftung der beweglichen Niere.

Wie die neuesten Zusammenstellungen der bisher ausgeführten Nephrorrhaphien von M. Sulzer[1]) mit 80 Fällen und von W. Keen[2]) mit 134 Fällen beweisen, so ist die operative Fixation der beweglichen Niere eine im Verhältniss zur Häufigkeit der Krankheit wenig geübte

---

[1]) Max Sulzer, Ueber Wanderniere und deren Behandlung durch Nephrorrhaphie. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. Bd. 31, 1891.)

[2]) W. Keen, Nephrorrhaphie. (Annals of Surgery, Vol. XII, 1890).

Operation. An dieser Thatsache vermögen auch die nicht publicirten Fälle nur wenig zu ändern, und dieses, trotzdem vor einigen Wochen ein Decennium abgelaufen war, nachdem die Nephrorrhaphie, welche zwar ein Jahr früher ersonnen, ausgeführt und bekannt gegeben wurde, vor das Forum der versammelten Chirurgen Deutschlands zur Discussion gebracht worden ist. Die Zeit ist reichlich vorhanden gewesen, um das Verfahren auf seine praktische Brauchbarkeit hin zu prüfen.

Die Nephrorrhaphie hat nun so manche Freunde gewonnen, aber andererseits besteht der principielle Gegensatz, in welchen sich manche Autoren zu ihr gleich bei der Veröffentlichung setzten, noch fort, ohne viel an Schärfe verloren zu haben, und was bisher am meisten eine grössere Verbreitung hemmte und lahm legte, das ist die Gleichgültigkeit gewesen, mit welcher ihr viele Kreise gegenüberstanden.

Der Gründe für diese langsame Ausbreitung giebt es mehrere. Zunächst musste Vielen die Möglichkeit der dauernden Nahtfixation eines so soliden Organes wie der Niere a priori zweifelhaft erscheinen, und die ersten Erfahrungen, welche man in dieser Angelegenheit in Folge einer noch unausgebildeten Technik machen musste, gaben den Zweiflern nur zu sehr Recht. Demnächst hatte die Nephrorrhaphie in derselben Weise, wie z. B. die Radicaloperation einer Hernie, einen Concurrenzkampf mit einer äusserst conservativen Behandlungsmethode, der Bandagenbehandlung, zu bestehen, während ihr glücklicher Weise von dem anderen therapeutischen Extrem, der Nephrektomie bei uncomplicirter Wanderniere, keine ernste Gegnerschaft mehr drohen konnte. In letzter Linie wird man wohl auch die mangelhafte Ergründung der ätiologischen Verhältnisse der Wanderniere und die auch heute noch bestehende grosse Unsicherheit in der Deutung zahlreicher Punkte des Krankheitsbildes dafür verantwortlich zu machen haben, dass sich viele Chirurgen noch nicht zur Ausübung der Nephrorrhaphie haben entschliessen können.

Hr. Dr. Rotter gehört zu denjenigen Chirurgen, welche in der Therapie der Wanderniere die Anheftung des Organs nicht nur als ein werthvolles, sondern auch als das principiell einzig richtige und daher ausschliess-

lich berechtigte Verfahren schätzen. Die von ihm in neun Fällen mit der Nephrorrhaphie erzielten Resultate konnten ihn in seiner Auffassung nur bestärken. Ich lasse nun die betreffenden Krankengeschichten und die Beschreibung des Operationsverfahrens folgen, um dann die operativen Erfolge kritisch zu beleuchten. Daran wird sich auf Grund der gesammten Litteratur und speciell der Casuistik von den 274 Fällen, welche ich gesammelt habe, eine Kritik des gegenwärtigen Standes der Frage sowie eine solche der geltend gemachten Indicationen schliessen. Demnächst sollen die wichtigsten technischen Punkte und in Verbindung damit die Rotter'sche Operationsmethode auf ihren Werth geprüft werden. Den Abschluss wird ein gedrängtes Résumé bilden.

Von den neun Operationsfällen des Hrn. Dr. Rotter scheiden drei für eine weitere Besprechung aus, weil eine Patientin wenige Monate nach der Operation an einem Nervenleiden zu Grunde gegangen ist, und weil in den beiden anderen Fällen, welche zuletzt operirt sind, eine Wiedervorstellung der Patientinnen noch nicht stattgefunden hat. Gleichwohl werde ich auch von diesen drei Fällen den Krankheitsverlauf skizziren und zwar im Anschluss an die übrigen.

Krankengeschichten:

1. Elise L., 33 J., Köchin. Aufnahme in's Krankenhaus am 1. IX. 1890.

Anamnese: Pat. war früher nie ernstlich krank. Im December 1889 stellten sich heftige Schmerzen im Leibe (bes. Magengegend) bei ihr ein. Nachts wichen die Schmerzen. Während des Tages zeigten sie sich gewöhnlich eine Stunde nach dem Essen am Intensivsten und waren dabei von Uebelkeit und dem Aufstossen saurer Massen begleitet. Pat. schuldigt das Tragen einer schweren Last als Ursache an. Sie hat sich nie stark geschnürt. — Nach vierwöchentlicher Dauer trat eine mehrmonatliche Ruhepause ein. Im Juni 1890 traten dieselben Beschwerden wieder auf, welche nun nicht mehr nachliessen und die Pat. zwangen, das Krankenhaus aufzusuchen. In dem letzten Jahre will die Kranke abgemagert sein.

Status: Ausser den Leibschmerzen, die jetzt auch des Nachts nicht ganz wegbleiben, bestehen auch Schmerzen in der Lendengegend. Pat. klagt des Weiteren über Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schmerzen in der Blasengegend, häufigen Urindrang. Sie hat speciell das Gefühl, als ob der ganze

Leib vorfiele[3]). Die Summe ihrer Beschwerden hat in letzter Zeit zu einer fast completen Arbeitsunfähigkeit geführt. — Die objective Untersuchung ergiebt in der rechten Seite des Unterleibes das Vorhandensein eines Tumors. Dieser ist faustgross, ellipsoidisch, abgeplattet, von glatter Oberfläche, nicht besonders druckempfindlich und sehr verschieblich. — Diagnose: Ren mobilis dexter.

Operation am 6. IX. 1890: Nephrorrhaphie. Verticale Lendenincision. Freilegung der Niere. Fixation des Organs durch sechs Parenchymnähte, welche am Periost der XII. Rippe und der Rückenmusculatur befestigt werden. Naht des oberen, Tamponade des unteren Wundwinkels. — Während der Narkose Asphyxie. Künstliche Respiration. — Der Wundverlauf bot nichts Abnormes. An den ersten beiden Tagen post op. ist der Harn himbeerfarben, etwas trübe und enthält geringe Mengen von Blut und Eiweiss. Pat. verlässt das Bett zum ersten Male am 15. X., nachdem die Wunde schon lange vorher mit Granulationen ausgefüllt war.

Wiedervorstellung der Pat. Mitte Februar 1892. Die auf Druck nicht schmerzhafte Niere ist an der angehefteten Stelle zu fühlen. Der untere Pol überragt im Stehen wie im Liegen der Pat. den unteren Rippenbogen um zwei Querfinger und lässt sich bei stärkerem Druck in transversaler Richtung dem Nabel nähern, um bei Aufhören desselben wieder zurückzufedern. Das klinische Resultat ist ein gutes. Die schmerzhaften Zustände sowie das Herzklopfen sind verschwunden. Nur ist der Appetit noch ein geringer. Gleichwohl hat im Sommer 1891 ihr Körpergewicht $8\frac{1}{2}$ Pfund zugenommen. Pat. kann jetzt ihrer Arbeit sehr gut vorstehen.

2. Margarethe St., 17 J., im Engros-Geschäft thätig. Aufgenommen Mitte October 1890.

Anamnese: In ihrer Familie Phthisis hereditär. Pat. hat im sechsten Lebensjahre Scharlach mit nachfolgender Nephritis durchgemacht, war dann bis zum 16. Jahre gesund. 1889 erkrankte sie mit Schmerzen in der Magengegend, welche um die Taille herumzogen. Verdauungsbeschwerden, Erbrechen waren nicht vorhanden. Appetit war gut. Verstopfung. Die längere Zeit gegen das angebliche Magenleiden gerichtete medicamentöse Therapie blieb erfolglos. Die bezeichneten Schmerzen traten immer wieder und zwar periodisch mit wechselnder Intensität auf, besonders bei körperlicher Bewegung. Sie musste oft aus dem Geschäft gefahren werden. Sie hatte auch das Gefühl, als ob „ihr der Oberkörper abgebrochen werde“. Um die Schmerzen zu ertragen, musste sie sich den Leib mit einem Tuche umwickeln. Schmerzen im Liegen etwas gemildert. Bei kalter Witterung wurde der Zustand schlimmer. Die Menses, welche unregelmässig

[3]) Das gleiche Symptom berichtet Brodeur von einer Kranken Péan's: „Quand la malade faisait quelques pas, elle se tenait courbée en avant et les mains placées sur le ventre pour retenir, disait-elle. „cette masse qui voulait se décrocher“. Brodeur, De l'intervention chir. dans les affections du rein, p. 15.

und von 5tägiger Dauer waren, blieben auf das Leiden ohne Einfluss. Urinbeschwerden fehlten. Oefteres Herzklopfen, Luftmangel beim Treppensteigen, Abmagerung in der letzten Zeit, eingesunkene Augen. Vor einem Jahre hatte sie Weinkrämpfe. Eine Ursache ihres Leidens weiss Pat. nicht anzugeben. Sie ist freilich einmal (1888) beim Eislaufe mit der Magengegend auf einen Balken gefallen.

Status: Gracil gebautes Mädchen. Leichte Anämie. An den Lungen nichts Pathologisches wahrnehmbar. In der rechten Bauchseite ein verschieblicher, glatter und druckempfindlicher Tumor von Nierengestalt, dessen unteres Ende für gewöhnlich in der Höhe der Crista ilei steht. — Diagnose: Ren mobilis dexter.

Operation am 22. X. 1890. Nephrorrhaphie. Die Niere wird durch einen dem äusseren Rande des M. sacrolumbalis parallel und entlang verlaufenden Schnitt zugänglich gemacht. Das Organ zeigt starke respiratorische Verschiebungen. Fixation desselben an die Musculatur durch fünf Parenchymnähte. Naht am oberen Wundwinkel, Drainage und Tamponade des unteren mit Jodoformgaze. Guter Wundverlauf. Ueberweisung der von ihren Beschwerden ganz befreiten Pat. zur poliklinischen Behandlung wegen zweier noch bestehender kleiner Fisteln an der Operationswunde (15. XII. 1890).

Neuaufnahme der Pat. am 25. II. 1891. Status: An der Narbe zwei für die Sonde durchgängige Fisteln, aus denen dünner Eiter sickert. — Behandlung: Spaltung der Narbe. Herausnahme von fünf in der Tiefe liegenden Seidenligaturen. Naht des oberen, Drainage des unteren Wundwinkels. 5. III. 1891 Pat. wird geheilt entlassen.

Vorstellung der Pat. Mitte Februar 1892. Niere vollständig fixirt. Ihr unteres Ende überragt den Rippenbogen um eines Fingers Breite, ihr innerer Rand bleibt von der Linea alba handbreit entfernt. Die Beschwerden der Pat. sind vollständig geschwunden. Dieselbe ist wieder arbeitsfähig. Tanzen bringt ihr keinen Schaden. Ihr Gesicht hat ein volleres Aussehen.

3. Marie Sch., 33 J., Schneiderin. Aufgenommen 7. XI. 1890.

Anamnese: Pat. früher bleichsüchtig, zu verschiedenen Malen an Gelenkrheumatismus, Bauchfell- und Rippenfellentzündung erkrankt gewesen. 1889 litt sie viel an asthmatischen Beschwerden und Kopfschmerzen, konnte dabei jedoch ihrer Arbeit nachgehen. Anfangs August 1890 fiel Pat. einige Treppenstufen hinunter. Im unmittelbaren Anschluss hieran empfand sie in der rechten Seite des Leibes heftige, zugleich nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen. Unter ärztlicher Behandlung (Einreibungen und Bettruhe) besserte sich ihr Zustand etwas. Bald jedoch stellten sich die Schmerzen wieder ein, verschwanden auch nicht bei Rückenlage und raubten der Pat. oft den Schlaf. Sie wurde vollends zu jeder Arbeit, auch zu einer sitzenden Beschäftigung unfähig. Pat. magerte ab. Es bestand Appetitmangel, über den Pat. schon sehr lange vor dem obigen Unfalle zu klagen hatte. Blasenstörungen nicht vorhanden. Verstopfung.

Status: Leidlich guter Ernährungszustand. Im Abdomen ist rechterseits zwischen Rippenbogen und Nabel ein nur wenig

beweglicher, auf Druck äusserst schmerzhafter Tumor von der Grösse und Gestalt der Niere zu fühlen.

Nephrorrhaphie am 11. XI. 1890. Nach einigen Wochen eines guten Wundverlaufes sehr gebessert entlassen. Februar 1891 Wiederaufnahme der Pat. behufs Entfernung der Seidenligaturen. Pat. nach 5 Wochen wieder geheilt entlassen.

Vorstellung der Pat. Mitte Februar 1892. Die Niere zeigt sich beim Stehen wie beim Liegen der Pat. unbeweglich fixirt. Der untere Pol ist gerade noch unter dem Rippenbogen zu fühlen und handbreit von der Medianlinie entfernt. Pat. ist bis vor 14 Tagen ganz gesund gewesen. Da erkrankte sie an einer mit Fieber verlaufenden Enteritis catarrhalis, welche sie acht Tage lang bettlägerig machte. Sie ist noch Reconvalescentin. Desshalb lässt sich nach dem äusseren Eindrucke ihr Gesundheitszustand augenblicklich nicht beurtheilen. Die von der Wanderniere abhängigen Symptome, die heftigen Schmerzen im Unterleibe und Rücken sind seit der Operation vollständig verschwunden. Dagegen sind die vom Magen ausgehenden Beschwerden, die Inappetenz und das Gefühl der Völle, welche schon lange vor dem Auftreten des Wandernierenleidens bestanden, noch nicht beseitigt.

4. Anna K., 21 J. alt, Mäntelnäherin. Aufgenommen am 25. XI. 1890.

Anamnese: Pat. will mit sieben Jahren eine Gehirnentzündung überstanden haben. Mit 17 Jahren Auftreten der Menses. Diese waren regelmässig, aber sehr profus. Gegen diese Menorrhagie soll ihr Eisen verordnet worden sein. Vor zwei Jahren will sie sich während der Regel erkältet haben und dann 13 Wochen lang an Unterleibsentzündung darnieder gelegen haben. Von da ab leidet sie an anfallsweise auftretenden Schmerzen in der rechten Seite, welche in das Kreuz und in das rechte Bein ausstrahlen. Diese Zustände waren besonders nach anstrengenden Körperbewegungen schlimm. Die Pat. konnte ihre verlagerte Niere selbst abtasten. Sie fühlte es, wie eine stärkere Verschiebung des Organs einen heftigen mit Stichen einhergehenden Krampf im Unterleibe zur unmittelbaren Folge hatte. Dieser Krampf ging zurück, sobald die Pat. den Körper in ihrem Bauche tüchtig rieb. Im Liegen fand Pat. Erleichterung von ihrem Leiden. Die Verdauung lag darnieder: schlechter Appetit, nach dem Essen Uebelkeit, zuweilen auch krampfhafte Schmerzen, welche sich von der Seite her nach der Magengegend hin zusammenzogen, und schliesslich anhaltende Verstopfung. Das Harnlassen war zuweilen schmerzhaft. Kopfweh war häufig vorhanden. Die Pat. fühlte sich sehr matt und niedergeschlagen und keiner Arbeit hinreichend gewachsen. Sie war in der letzten Zeit wegen der starken Kreuzschmerzen mehrere Male Tage lang bettlägerig. Seit vier Wochen nun hat sich ihr Leiden erheblich verschärft. Ins Besondere sind die in kurzen Zwischenräumen sich wiederholenden Schmerzanfälle, welche jetzt vorwiegend brennenden und stechenden Charakters sind, bis zur Unerträglichkeit gesteigert.

Status: Mädchen von zarter Körperconstitution mit gesunder Hautfarbe und gut erhaltenem Fettpolster. Die Palpation des Abdomens ergiebt rechterseits einen beweglichen Tumor von der

Grösse der Niere und auf der linken Seite einen Tumor des betreffenden Ovariums.

Nephrorrhaphie am 2. XII. 1890. Aus der Nachbehandlung sind einige Besonderheiten hervorzuheben. Bald nach der Operation traten die Menses unter erheblichen Beschwerden auf. Daneben bestanden Schmerzen im Unterleibe und in der Wunde. Bald jedoch verloren sich diese Zustände. — 15. XII.: Der Verband hat durchgeschlagen; daher Verbandwechsel. Die Wunde sieht gut aus und eitert nicht sehr. Entfernung der Nähte. Das Allgemeinbefinden ist gut. — 12. I. 1891: Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite des Unterleibes. Kopfweh. Einlegung eines Ichthyoltampons in das linke Scheidengewölbe. — 14. I.: Zunahme der Schmerzen. Ausfluss aus der Scheide. Endometritis gonorrhoïca. Alaunausspülungen. — Unter täglich fortgesetzter Jodoformbehandlung (Einführen von Jodoformbacillen in die Cervix uteri) verwandelte sich der eitrige Ausfluss bald in einen schleimigen. Während des Februars und der ersten Tage des März Ichthyoltamponbehandlung. Mitte März 1891 verliess Pat., von den Beschwerden der Wanderniere gänzlich geheilt, betreffs des Genitalleidens erheblich gebessert, das Krankenhaus.

Vorstellung der Pat. Mitte Februar 1892. Die Niere zeigt sich sowohl beim Stehen wie beim Liegen der Pat. fest fixirt. Der untere Pol überragt den Rippenbogen um einen Querfinger breit und ist von der Medianlinie vier Querfinger breit entfernt. Die früheren Beschwerden sind nicht wiedergekehrt. Keine Stiche, kein Krampfgefühl mehr im Leibe. Nur zeitweise verursacht das noch nicht gehobene Genitalleiden der Pat. geringe und erträgliche Schmerzempfindungen im Unterleibe, die mit den früheren schmerzhaften Wandernieren-Symptomen nicht die geringste Aehnlichkeit haben, und das auch nur bei besonders anstrengender Arbeit. Pat. kann jetzt ihrer nicht gerade leichten Beschäftigung (Maschinenähen) sehr gut nachgehen. Auch Tanzen hat keine nachtheiligen Folgen für sie. Appetit gut. Harnbeschwerden fehlen. Nur bei der Regel zeigen sie sich zuweilen und in geringem Grade. Pat. ist von dem Nutzen der Operation voll überzeugt. Vor der Operation wog Pat. 106 Pfd., beim Verlassen des Krankenhauses 116 Pfd. und nach einem Erholungsaufenthalte in der Blankenburger Anstalt 121 Pfd.

5. Friederike K., 24 Jahre alt, Hausmädchen. Aufgenommen am 11. VIII. 1891.

Anamnese: Pat. war bis zum Beginn ihrer jetzigen Erkrankung stets gesund. Die Menses boten nichts Abnormes dar. Erst seit September 1890 sind dieselben angeblich nach einer Erkältung und speciell nach dem Herausheben schwerer Wäsche aus einem Behälter, welches bei der Pat. einen unmittelbaren Ohnmachtsanfall hervorrief, schmerzhaft geworden. In letzter Zeit hat sich ein geringer Ausfluss eingestellt. Sonst war der Appetit gut, Stuhl und Uriniren in Ordnung. — Am 7. VIII. 1891 wurde Pat., während sie Harn liess, ganz plötzlich von heftigen, dem sog. „schneidenden Wasser“ ähnlichen Schmerzen ergriffen, welche mit Beendigung des bezeichneten Actes aufhörten und übrigens auch nicht wiedergekehrt sind. Dafür traten aber heftige Kreuz- und Leibschmerzen, welche nach dem Brustkorb

hinaufstiegen, ein. Sie vergingen nicht wieder. Nach Angabe der Pat. sind die Schmerzen, welche anfangs auf der rechten Seite am stärksten waren, jetzt auch auf der linken sehr heftig. Der Appetit verschlechterte sich, und es trat Verstopfung ein.

Status: Pat. ist eine behende Person mit einem mässigen Ernährungszustande. Vor ihrer jetzigen Erkrankung will Pat. kräftiger gewesen sein. Die Hauptklagen der Pat. beziehen sich auf ständige Unterleibsschmerzen, welche in der Lumbosacralgegend ihren Ausgang nehmen und am Rücken zum Thorax hinaufwandern, um dann, beiderseits den Rippenbogen folgend, nach vorn zu verlaufen und am Proc. xiphoideus sterni zu enden. Beim tiefen Aufathmen verspürt Pat. unter beiden Rippenbogen Stiche. Sie hat das Gefühl, als ob etwas ihren Thorax nach unten ziehe, was ihr eine ausgiebige Inspiration erschwere. Stuhlverstopfung; Gebrauch von Laxantien: Stühle dünn, ihre Entleerung schmerzhaft. Urinentleerung schmerzlos; der Harn zeigt nichts Abnormes. Appetit gering. Schlaf ungestört, aber ohne Erquickung. Allgemeine Schwäche. — Objectiver Befund: In der rechten Bauchseite ist ein faustgrosser, ellipsoidischer, derb-elastischer, glatter Körper zu fühlen, welcher unter der palpirenden Hand hin- und herschlüpft. Hat man ihn bimanuell fixirt, so kann man nur undeutlich die bohnenförmige Gestalt der Niere an ihm erkennen. Beim stärkeren Eindrücken der Finger an seiner concaven Seite wird Pulsation gefühlt. Stärkerer Druck ruft bei der Pat. übrigens ein schmerzhaftes Gefühl der Einklemmung hervor.

Nephrorrhaphie am 20. VIII. 1891. Fünf starke, durch das Parenchym der Niere gehende Catgutfäden heften das Organ an die Musculatur. Der Wundverlauf ist ein reactionsloser. Auch das Allgemeinbefinden der Pat. ist bis auf zwei Punkte ein gutes. Einmal ist der Appetit ein geringer. Zu bemerken ist, dass die Magenfunction schon vor der Operation nicht ganz in Ordnung war. Auf der anderen Seite stellen sich die Zeichen eines Blasenkatarrhes bald nach der Operation ein. Es besteht eine mässige Schmerzhaftigkeit der Blasengegend. Der frisch gelassene Urin ist alkalisch, trübe und enthält im Sedimente Tripelphosphatkrystalle. Eiweiss ist nur zuweilen in ihm nachweisbar. Nach mehrwöchentlicher Behandlung Besserung der Blasenbeschwerden und Abnahme der Alkalinität des Harns. — 5. X. Sämmtliche Beschwerden, auch die von der Blase ausgehenden, sind verschwunden. Die Pat. ist bereits den ganzen Tag über ausser Bett ohne Nachtheil für ihren Zustand.

Vorstellung der Pat. in der zweiten Hälfte des Febr. 1892. Niere im Stehen wie im Liegen der Pat. vollkommen fest. Der untere Pol überragt den Rippenbogen zwei Querfinger breit und bleibt drei Querfinger breit von der Medianlinie entfernt. — Klinisches Resultat: Unmittelbar nach der Operation machte Pat. eine Erholungscur durch. Sie ist bei dieser viel kräftiger geworden und hat an Körpergewicht 20 Pfd. zugenommen. (Sie vermeidet grosse körperliche Erschütterungen und das Heben schwerer Gegenstände.) Pat. hat mehrfach, ohne Schaden zu nehmen, getanzt. Sie hat keine Beschwerden mehr. Auch das Blasenleiden ist ganz geschwunden. In letzter Zeit hat sich

etwas Appetitlosigkeit bei ihr eingestellt, während Pat. unmittelbar nach der Operation einen „fürchterlichen“ Appetit hatte. Sie ist sehr corpulent geworden und hat volle Backen bekommen. „Ihre Bekannten erkennen sie kaum wieder“. Sie hält sich für vollständig geheilt.

6. Florentine M., 40 Jahre, Eigenthümersfrau. Aufgenommen am 21. VIII. 1891.

Anamnese: Pat. ist früher nie ernst krank gewesen. Die in ihrem 18. Jahre aufgetretenen Menses waren regelmässig und machten nie Beschwerden. Pat. hat zwei normale Puerperien und 1886 einen Abort im zweiten Monat durchgemacht. — Im Juni 1890 trat bei der Pat. ein chronischer Magenkatarrh auf, und zur selben Zeit wurden die Menses profus und dann und wann schmerzhaft. In letzter Zeit wird die Pat. besonders von folgenden Beschwerden belästigt: Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit und zeitweises Aufstossen, bei tiefer Inspiration Leibschmerzen, welche vorwiegend die mediane Region des Abdomens einnehmen, chronische Obstipation, zeitweise auftretende Blutbeimengungen im Stuhle, Parästhesien in der ganzen linken Körperhälfte. Besonders wenn Pat. zu Bette liegt, „schläft ihr“, um den Ausdruck der Kranken zu gebrauchen, „die linke Seite ein“, auf welcher zugleich eine grosse Erschlaffung und Kraftlosigkeit verspürt wird. Beim Urinlassen fehlen Schmerzen.

Status: Die Kranke ist eine kräftig gebaute Person mit sehr mässig entwickeltem Panniculus adiposus. Sie klagt über die vorstehend angegebenen Beschwerden. Während der ganzen Zeit, in der sie beobachtet wurde, sowohl vor wie nach der Operation zeigt sie sich als eine äusserst hysterische und besonders leicht zum Weinen geneigte Frau. Die Untersuchung des Unterleibes ergiebt rechterseits einen leicht verschieblichen, derben, glatten Tumor von der Form und Grösse einer Niere. Bei der Genitaluntersuchung constatirt man ausser den für Multiparas charakteristischen Zeichen eine mässige Fixation des leicht vergrösserten und schwach retroflectirten Uterus.

Nephrorrhaphie am 24. VIII. 1891. Annähung der Niere mit vier das Parenchym durchdringenden Nähten an die Musculatur und Fascien. Naht des oberen und unteren Wundwinkels. Tamponade der Mitte der Wunde mit Jodoformgaze. Der Wundverlauf ist ein völlig glatter. Die Eiterung ist eine geringe. Während der Nachbehandlung klagt Pat. nur über schlechten Appetit. Das Allgemeinbefinden muss als ein gutes bezeichnet werden, wenn Pat. auch oft und viel weint, wofür als Grund nicht irgend eine leibliche Beschwerde, sondern eine traurige Gemüthsverfassung angegeben wird.

Das endgültige Resultat ist wenigstens in klinischer Hinsicht ein vollständiger Misserfolg. Der anatomische Effect der Operation hat nicht festgestellt werden können, weil die Pat., ziemlich weit von Berlin wohnend, nicht zur Wiedervorstellung gekommen ist. Die Kranke hat Mitte Februar 1892 brieflich über ihren damaligen Gesundheitszustand berichtet. Dieser ist wenig zufriedenstellend. Es bestehen dieselben Magenbeschwerden wie früher. Weiterhin sind die Schmerzen, welche vor der Operation in der Magengegend nur zeitweise auftraten, jetzt andauernd

vorhanden. Die Athembewegung hat auf dieselben keinen Einfluss im Sinne der Steigerung. Die Menstruation erfolgt schmerzlos und seit der Operation auch in stärkerem Masse. Pat. hat beim Harnlassen zuweilen Schmerzen. Verstopfung besteht fort. Mit dem Stuhle soll kein Blut mehr, dafür aber Schleim abgehen. Das Taubheitsgefühl in der linken Körperseite ist geschwunden. Mehrere Wochen nach der Entlassung sind dieselben Parästhesien, welche früher linkerseits vorhanden waren und durch die Operation beseitigt wurden, auf der rechten Seite aufgetreten. Pat. schläft wenig und schlecht. Allgemeine Mattigkeit, trübe Gemüthsstimmung, Arbeitsunfähigkeit. Der Ernährungszustand ist unverändert, der Appetit gering.

Anhangsweise folgen nun in Kürze die Krankengeschichten der übrigen drei Operationsfälle.

7. F., 36 J. alt, Kaufmannsgattin. Aufgenommen im Anfang October 1890.

Anamnese: Pat. war bis vor drei Jahren gesund. Sie erkrankte damals an einem gastrischen Fieber von 8tägiger Dauer. Bald darauf litt sie längere Zeit unter einem hässlichen Hämorrhoidalleiden. Vor zwei Jahren Auftreten gastrischer Beschwerden (Dyspepsie, zuw. Erbrechen). Dieser Zustand wich bald auf eine medicamentöse Behandlung, um vor einem Jahre mit grösserer Intensität wieder aufzutreten. Daneben Ohnmachtsanfälle und nun zum ersten Male auch Schmerzen in der rechten Regio hypochondriaca, welche nach oben bis in die Schulter und nach unten bis in's Knie ausstrahlten. Sie steigerten sich bei Bewegungen und nach Gemüthsaufregungen. Sie wechselten zuweilen mit einem rein ziehenden Gefühl in der rechten Bauchseite ab. Zeitweise Kopfschmerzen. Pat. wurde am meisten von einem Hitzegefühl belästigt, das längs der Wirbelsäule und vorn über Brust und Abdomen sich hinzog. Januar 1890 beträchtliche Abmagerung, Zunahme der gastrischen Beschwerden, motorische Schwäche machte das Gehen kaum möglich. Auftreibung des Leibes, Kollern. Verstopfung. Niemals Harnbeschwerden.

Status: Pat. sehr anämisch und etwas abgemagert. Gesichtsausdruck apathisch. Die Antworten werden mühsam, jedoch klar hervorgebracht. Pat. klagt über Kopf- und Kreuzschmerzen sowie Schmerzen in der rechten Bauchseite und das bezeichnete Hitzegefühl. Ren dexter valde mobilis. Pat. kann in Folge motorischer Schwäche der Beine nicht gehen. Patellar- und Pupillarreflexe vorhanden. Kein Oedem der Beine. Zuweilen Incontinentia urinae. Stuhl diarrhöisch. Starke Hämorrhoidalknoten.

Nephrorrhaphie am 14. X. 1890. Fünf das Parenchym durchdringende Zwirnnähte fixiren die Niere. Naht. Tamponade. Der Wundverlauf war kein glatter, weil der Verband sehr oft mit Urin durchnässt wurde. Das Befinden der Pat. besserte sich in der ersten Zeit nach der Operation etwas; denn es verschwanden die starken Leibschmerzen. Das Hitzegefühl und der Kopfschmerz blieben noch bestehen. Wenige Tage nach der Operation kam eine schon lange vorher bestehende Geisteskrankheit, welche in der kurzen Zeit vor der Operation als hysterische Affection auf-

gefasst worden war, zum erneuten und schweren Ausbruch (verworrene Antworten, Verfolgungswahnideen). Der Verfall des Geistes sowohl wie die motorischen Störungen nahmen beständig zu und führten nach wenigen Monaten zum Tode der Pat., welche aus dem Krankenhause in eine Nerven-Heilanstalt gebracht worden war.

8. Marie N., 35 J. alt, Dienstmädchen. Aufgenommen am 24. XI. 1891.

Anamnese: Pat. will bis vor einem Jahre stets gesund gewesen sein. Die Menses verliefen in den ersten Jahren ohne Beschwerden. In ihrem 30. Jahre wurde Pat. entbunden. An die Entbindung schloss sich eine starke Nachblutung an. In den letzten Jahren traten bei der Regel starke Rücken- und Kreuzschmerzen auf. Diese Beschwerden wurden durch einen Gummiring gemildert, welchen sie auf ärztliches Anrathen ein Jahr lang trug. Seit Mai 1890 wurde Pat. von Schmerzen heimgesucht, welche von der Mitte der Wirbelsäule sowohl nach dem Becken hin als auch unter dem rechten Rippenbogen weg nach der Linea alba zu ausstrahlten. Diese Schmerzen wurden durch anstrengende Arbeit, wie stärkere Körperbewegungen (Treppensteigen) gesteigert. Nicht selten traten dabei Uebelkeit und Brechneigung hinzu. Dieser ganze Zustand verschlimmerte sich zur Zeit der Regel, und es kam auch zum wirklichen Erbrechen. Seit März, April 1891 gesellten sich weitere Beschwerden hinzu: grosse Schwäche, Mattigkeit, Anschwellung des Leibes, so dass das Gehen fast unmöglich wurde. Pat. hatte das Gefühl, „als fiele Alles im Leibe umher“. Eine vom Arzt verordnete Bandage ermöglichte ihr wieder das Gehen. Beim Lagewechsel, besonders beim Uebergang aus der rechten in die linke Seitenlage, verspürte Pat. deutlich, dass ein Körper im Leibe hin und herfiel. Am Morgen waren die Beschwerden geringer als am Abend. Enges Schnüren sowie das Tragen eines Corsets wurden absolut nicht vertragen. Das Fahren auf holprigem Pflaster, überhaupt jede Erschütterung, verursachte der Pat. heftige Schmerzen.

Status: Pat. ist eine mittelgrosse, kräftig gebaute Person. Striae gravidarum. Es sind ausgesprochene Zeichen der Enteroptose vorhanden. Der rechte Leberlappen überragt den Rippenbogen um die Breite zweier Querfinger. Es besteht ein leichter Descensus des schwach retroflectirten Uterus. Ren dexter valde mobilis. Die Niere ist auf Druck etwas schmerzhaft. Der untere Pol erscheint verdickt und von derberer Consistenz. Druck auf den unteren Pol löst bei der Pat. Brechreiz sowie einen heftigen, von der Niere zum Magen hinschiessenden Schmerz aus. Der Urin ist normal und in seiner Tagesmenge vermindert.

Nephrorrhaphie im Anfang December 1891. Fixation der Niere durch Catgutnähte, welche durch das Parenchym hindurchgelegt werden. Naht, Tamponade. Der Wundverlauf war reactionslos. Die Pat. wurde nach ziemlich langem Aufenthalte im Krankenhaus bedeutend gebessert und mit gut fixirter Niere entlassen. Unter Zuhülfenahme einer Leibbinde konnte sie, wenn auch langsam, so doch sehr viel besser und leichter als vor der Operation gehen.

9. Józefa B., 21 J. alt, Dienstmädchen. Aufgenommen Ende November 1891.

Anamnese: Pat. ist früher nie krank gewesen. Die Menses, welche in ihrem 17. Jahre auftraten, zeigten kein anomales Verhalten. Mit $18^3/_4$ Jahren wurde Pat. ohne Kunsthülfe entbunden. Vor etwa drei Wochen wurde Pat. während der Menstruation in dem Augenblicke, als sie einen Gegenstand von einem höher gelegenen Orte herabreichen wollte und sich dabei sehr ausstreckte, plötzlich von heftigen Kreuzschmerzen befallen. Acht Tage später traten zu diesen Schmerzen noch starke Stiche in der linken Seite des Unterleibes, welche sich bei grösseren Anstrengungen, wie z. B. bei schwerem Heben und schnellem Laufen, ganz besonders fühlbar machen. Am Morgen sind die Beschwerden geringer wie am Abend. Pat. hat zuweilen das Gefühl gehabt, als ob ein Körper im Leibe, sich von einem festen Stützpunkt losreissend, herabfalle und sich dann hin- und herbewege. Seit etwa vier Monaten besteht ein mässig starker Fluor albus. Harnbeschwerden sind nicht vorhanden.

Status: Pat. hat eine mittlere Körperconstitution mit schwach entwickeltem Fettpolster. In der linken Bauchseite ist ein derber, glatter, ziemlich druckempfindlicher und leicht verschieblicher Tumor von Gestalt und Grösse einer Niere zu fühlen. Diagnose: Ren mobilis sinister. Die Genitaluntersuchung ergiebt, abgesehen vom Fluor albus, nichts Abweichendes.

Nephrorrhaphie im Anfang December 1891. Lendenincision. Freilegung der Niere. Diese zeigt sich etwas gelappt, besonders am unteren Pol. Fixation des Organs mit fünf Catgutnäthen, welche durch das Parenchym geführt werden. Naht. Tamponade. Der Wundverlauf ist ein nicht ganz glatter und daher verzögerter gewesen. Es kam in der Tiefe der Wunde zu einer entzündlichen Infiltration, welche als harte strangartige Masse sich von der Nierengegend bis hart an den Beckeneingang hinzog. Diese ging allmählich ohne Eiterbildung zurück. Noch ehe dies vollendet war, trat ein hartnäckiges, entzündliches Infiltrat im linken Parametrium auf, wodurch die Genesung der Pat. sehr in die Länge gezogen wurde.

Mit fester Niere verliess Pat., von ihrem Wandernierenleiden vollständig befreit und nur noch mit den nicht ganz gewichenen Residuen der Genitalaffection behaftet, das Krankenhaus im Anfang des Jahres 1892.

Im Anschlusse an die Krankengeschichten will ich das von Hrn. Dr. Rotter zur Anwendung gebrachte Operationsverfahren genauer beschreiben. Dasselbe ist im Princip in allen neun Fällen inne gehalten worden, während die hier und da gebrauchten Modificationen von untergeordneter Bedeutung sind.

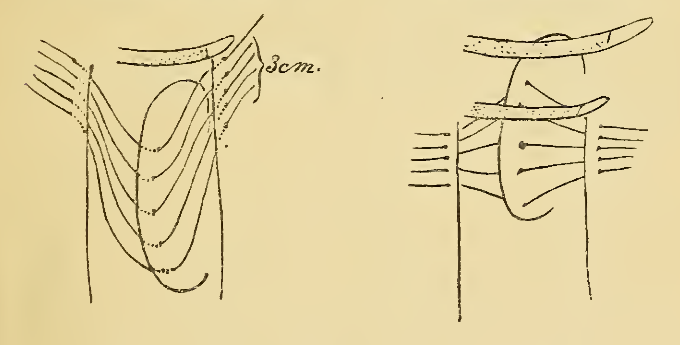
Schnitt parallel der Rumpfaxe an der Aussenseite des M. erector trunci durch Haut und Unterhautfettgewebe geführt, von der 12. Rippe beginnend und

bis fast an den Darmbeinkamm heranreichend. Durchtrennung des M. latissimus dorsi (bzw. seiner Sehne) und der Lamina profunda Fasciae lumbo-dorsalis in der Richtung des Hautschnittes. Der tiefer geführte Schnitt fällt in der Regel an den vorderen Rand des M. quadratus lumborum und parallel dem Faserverlaufe dieses Muskels.

Spaltung der Fascia Arnoldi. Scharfe Durchtrennung des circumrenalen Fettgewebes mit der Scheere, während die Niere durch Druck von der Bauchseite her in den Grund der Wunde gedrängt wird. Durch einen Seidenfaden, welcher durch den convexen Rand der freigelegten Niere in der Mitte ihrer Höhe und in

Die Rotter'sche Methode.

Lage der Niere vor der Anziehung und Knüpfung der Fäden. — Lage der Niere nach der Anziehung und Knüpfung der Fäden.



1 cm-Entfernung vom Rande durchgeführt wird, und dessen Enden dann zur Wunde herausgeleitet werden, wird das Organ fixirt und zugleich auch zugänglicher gemacht. Die Capsula propria wird von der Niere nicht abgezogen. Dann werden vier bis sechs starke Fäden (in den ersten Fällen von Seide, in den letzten von Catgut) durch Musculatur, Fascien und Nierenfettgewebe einerseits, hierauf ganz nach Analogie des Seidenfadens durch das Nierenparenchym und auf der anderen Seite in umgekehrter Folge durch Nierenfettgewebe, Fascien und Musculatur durchgestochen. Diese Nahtcanäle (s. vorstehende Abbildungen) liegen jedoch nicht parallel zu einander. Vielmehr erheben sich die

beiderseitigen Enden über eine durch den Rumpf gelegte Transversalebene, sich dem Kopfe der Patientin nähernd, und zwar die unteren in höherem Grade, wodurch zugleich eine Convergenz der Nahtenden auf jeder der beiden Seiten zu Stande kommt. Der tiefstgelegene dieser Fäden durchdringt die Niere am unteren Pol, während der höchstgelegene nicht den oberen Pol fasst, sondern das Parenchym in der Grenze zwischen dem oberen und mittleren Drittel des Organs durchzieht, so dass die Niere nur in der Länge der zwei unteren Drittel fixirt wird. Die Durchstichsöffnungen in den Weichtheilen auf beiden Seiten der Niere vertheilen sich jederseits in gleicher Weise auf eine ungefähr 3 cm lange, verticale Strecke, welche genau von dem unteren Rande der XII. Rippe aus nach abwärts verläuft. (Der oberste Faden hat in dem einen Fall zugleich das Periost am unteren Rande der XII. Rippe mitgenommen). Entfernung des als Zügel dienenden Fadens. Knüpfen der Fixationsfäden, und zwar zuerst der unteren. Tamponade der Wunde nach zuvoriger Verkleinerung derselben. Verband.

Findet sich auch bei jedem der mitgetheilten Krankheitsfälle das definitive oder vorläufige Resultat der Operation genau angegeben, so gewährt eine kurze, zusammenstellende Uebersicht sämmtlicher Resultate viel leichter die Möglichkeit, den Werth der Nephrorrhaphie in's rechte Licht zu setzen. Die von Hrn. Dr. Rotter mit der Nierenanheftung erzielten Erfolge sind ein weiteres Beweismaterial für den Nutzen dieser Art der Wandernierentherapie, wenn dasselbe bei dem heutigen Stand der Frage überhaupt noch nöthig wäre. Denn Thatsachen reden lauter und wirksamer als die ausgeklügeltsten Theorien. Der Erfolg ist in fünf von sechs Fällen ein vollkommener, weil er nach beiden Richtungen hin, nach der klinischen sowohl wie nach der anatomischen, eingetreten ist. Der eine Misserfolg (Fall 6) kann in keiner Weise zu Ungunsten der Nephrorrhaphie ausgebeutet werden. Denn einmal ist er nicht in anatomischer Hinsicht eruirt worden und nach den mit den übrigen Fällen gemachten technischen Erfahrungen auch nicht wahrscheinlich. Auf der anderen

Seite ist es noch keineswegs ausgemacht, dass in dem gedachten Falle die Nierenfixation klinisch unwirksam geblieben ist. Denn die bei der Patientin noch ebenso stark vorhandenen Beschwerden brauchen ja gar nicht von der Niere auszugehen, welche man anzuheften versucht hat. Es kann die andere Niere inzwischen lose geworden sein, wie das von mehreren Fällen (Hahn, Newman, Morris) berichtet worden ist, in welchen die vorangegangene Nephrorrhaphie ein besonders gutes anatomisches Resultat hatte. Das anatomische Resultat, also die Erzielung einer sicheren Immobilisation der Niere, ist von Hrn Dr. Rotter in seinen Fällen durchgehends mit ausgezeichnetem Erfolge erreicht worden. Daran ändert auch der erste Fall Nichts, in welchem der untere Nierenpol sich um Weniges in horizontaler Richtung verdrängen liess. War ja doch hierzu ein stärkerer Druck nothwendig und zeigte es sich doch auch andererseits, dass der verschobene Theil in sein verlassenes Lager kräftig zurückfederte. In eclatanter Weise liessen sich die Sicherheit des anatomischen Effects und die Vorzüge des Rotter'schen Verfahrens, dessen weiter unten als eines neuen und empfehlenswerthen nochmals gedacht werden wird, in sämmtlichen Fällen durch eine und dieselbe Thatsache nachweisen. Es wurde nämlich gefunden, dass der untere Pol der fixirten und der Narbe fest adhärenten Niere mit der Mitte des Narbenzuges der Haut die gleiche Niveauhöhe hatte. Abgesehen von der beabsichtigten Hochlagerung des Organs, zeigt sich hierin eine seltene Gleichmässigkeit des Resultates.

Hinter den anatomischen Erfolgen stehen die klinischen in Hrn. Dr. Rotter's Fällen nur wenig zurück. Wie in den Tuffier'schen Operationen[4]), wurden die schmerzhaften Symptome des Leidens durch die Nierenanheftung weitaus am Günstigsten beeinflusst. Denn, den misslungenen Fall ausgenommen, wurden die von der Wanderniere abhängigen Schmerzen durch die Nephrorrhaphie vollständig beseitigt, selbst bei der Patientin, welche später an ihrem Nervenleiden gestorben ist. Die

[4]) Tuffier, Résultats éloignés de la néphrorrhaphie. (5. franz. Chir. Congress 1891.)

hier und da noch verbliebenen geringeren Schmerzen hatten ihren Ausgangspunkt in der vorhandenen Enteroptose (Fall 8) oder in den noch nicht gehobenen Genitalaffectionen (Fall 4 u. 9). Jedenfalls ist die Besserung des Befindens auch dieser Patientinnen gegenüber den Beschwerden vor der Operation nach dem Geständnisse der Betheiligten eine ganz erhebliche gewesen. Sehr schwankend hat sich die Einwirkung der Nierenfixation auf die dyspeptischen Symptome der Wanderniere gezeigt. Nur bei zwei Patientinnen kehrte die Magenfunction zur Norm zurück. Bei drei Patientinnen blieb eine mehr oder minder grosse Appetitlosigkeit fortbestehen, welche schon aus dem Grunde nicht ernst zu nehmen ist, weil sie es nicht verhindert hat, dass bei zweien derselben eine ganz beträchtliche Zunahme des Körpergewichts ($8^1/_2$ und 20 Pfund) stattgefunden hat. Die von der Beweglichkeit der Niere abhängigen nervösen Erscheinungen (Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Herzklopfen) wurden, soweit solche vorhanden waren, gänzlich beseitigt. Den einen missglückten Fall lasse ich hierbei und auch weiterhin ausser Betrachtung. Einen wichtigen operativen Effect bildet bei den fünf allein in Frage kommenden Patientinnen die nicht geringe Aufbesserung des allgemeinen Ernährungs- und Kräftezustandes. Einige Patientinnen konnten selbst anstrengenden Körperbewegungen, wie z. B. dem Tanze, obliegen, ohne irgendwelche Schädigung ihrer kaum erst wiedererlangten Gesundheit davonzutragen. Als das schwerwiegendste Kriterium für den grossen Nutzen der Nephrorrhaphie muss auch in Hrn. Dr. Rotter's Fällen die Thatsache gelten, dass alle fünf Kranken ihre Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gänzlich wiedergewonnen haben. Diese fünf Fälle, sowie übrigens die grosse Mehrzahl der bereits veröffentlichten Nephrorrhaphien bilden eine glänzende Widerlegung des von Lindner[5]) noch 1890 verfochtenen Standpunktes, dass, um mit Wanderniere behaftete Angehörige der arbeitenden Stände wieder erwerbsfähig zu machen, die Nephrektomie in Kraft treten müsse, soweit ein operativer Eingriff als solcher überhaupt indicirt sei. Diese Voraussetzung ist hier, wie in so vielen Fällen, zugetroffen, und sämmtliche

[5]) H. Lindner, Ueber Wanderniere. Münch. med. Woch. 1890, 16.

fünf Patientinnen waren auch auf ihrer Hände Arbeit angewiesen. Und doch sind diese Kranken einem die Existenz gewährleistenden Berufe erhalten worden, ohne dass sie für diesen Gewinn eine schwere Verstümmelung ihres Körpers in den Kauf zu geben brauchten, — ohne dass sie sich überhaupt einer Operation wie der Nephrektomie auszusetzen hatten, welche selbst bei uncomplicirter Wanderniere die hohe Mortalität von 25 Procent aufweist.

Mit den neun Fällen von Hrn. Dr. Rotter steigt die Zahl der bisher veröffentlichten Nephrorrhaphien nach meinen Berechnungen auf 274. Nicht mitgerechnet sind dabei diejenigen Nierenanheftungen, die sich nur kurz und zugleich ohne Angabe ihrer Zahl angedeutet finden. Nur Golding Bird's „several cases" sind als drei Fälle in Anrechnung gebracht worden. Die ausführlichste Zusammenstellung ist bisher die Westcott'sche mit 134 Fällen gewesen, welche in Keen's 1890 erschienener Arbeit: „Nephrorrhaphy" enthalten ist. Sulzer konnte es in seiner 1891, also längere Zeit nach der vorigen erschienenen langen Abhandlung[6]) auf bloss 74 Fälle bringen, zu welchen sechs neu mitgetheilte hinzukommen. Meine Zusammenstellung weist nicht bloss desshalb eine so hohe, das erste Vierteltausend weit überschreitende Zahl auf, weil ich die jüngsten Fälle mit aufgenommen habe, sondern weil ich auch sehr viele ältere von Westcott und Sulzer übersehene Fälle aufgefunden habe. Das ist mir dadurch möglich geworden, dass ich die sämmtliche Litteratur, welche die hiesige Kgl. Bibliothek über Nephrorrhaphie und verwandte Fragen enthält, im Originale gelesen habe. Die nicht enthaltene Litteratur, für welche ich möglichst ausführliche Referate benutzte, ist ein sehr geringer Theil. Ich möchte das gesammelte Material nochmals in der Weise verwerthen, dass ich nach einer nackten Aufzählung der Autoren, welche Nierenfixationen gemacht haben, auf Grund meiner 274 Fälle eine Resultatsstatistik in Form einer möglichst detaillirten Tabelle geben werde.

---

[6]) Bereits citirt.

Nephrorrhaphien haben ausgeführt:

Operateur	Zahl
Agnew, Hayes	1
Angerer	10
Arbuthnot Lane	2
Bassini	2
v. Bergmann	1
Braun	2
Bryant	1
Carle	8
Ceccherelli	1
Chas. B. Porter	1
Clarke	5
R. Clement Lucas	2
Courvoisier	6
Czerny	3
Delhaes	1
Dembowski	1
Dennis	2
Dodd	1
E. Doyen (Reims)	2
Dowell	2
Dunning	3
Duret	2
v. Esmarch	1
Frank (Wien)	1
Franzolini	1
Gardner	1
Gérard-Marchant	1
Ghinozzi	1
Gilmore	1
Golding Bird	3
Gould	4
	73

Operateur	Zahl
J. Greig Smith	1
Guermonprez (Lille)	1
Guyon	3
Hahn	31
Hochenegg (Wien)	1
Hume	1
Keen	4
Kümmell	5
Küster	20
Langenbuch	2
Lauenstein	2
Lawson Tait	3
Lloyd	1
Lucas Championnière	4
Mc. Cann	1
Mc. Cosh	4
Mears	1
Meriwether	1
Mikulicz	5
Morris	11
Newman	7
De Paoli	1
Parker (R. W.)	1
Parkes	2
Postempski (Rom)	1
Quénu	1
Richardson	1
Rinne	12
Rosenberger	1
J. Rotter (Berlin)	9
	138

Operateur	Zahl
Sänger	2
Schede	3
Schmid, Hans (Stettin)	1
Segond	2
Senn	1
Shears, G. F.	2
Stonham	1
Svensson	2
Terrillon	2
Tillmanns	15
v. Tischendorf	1
Trendelenburg	3
Tuffier	14
Turgard	1
Walker (H. O.)	1
Weir, Robert F.	1
De Witt G. Wilcox (Buffalo)	1
S. F. Wilcox	2
Ungenannte Operateure:	
bei *Kuttner*, Berl. klin. Wochenschr. 90. 18	3
bei *Hochenegg*, Wien. klin. Wochens. 91. 27	1
Operation in Bukarest b. *Bowlby*, (Clin. Societ. of Lond. 8. IV. 92)	1
bei *Landau*, (Fr. Ver. d. Chir. Berl. 3.XII.88)	2
Operation in Berlin bei *Lindner*, Münch. med. Wochens. 90. 16	1
	63

Summe: 274

Ehe ich zur Zusammenstellung der bisher erzielten Resultate schreite, will ich einige Vorbemerkungen machen. Derartigen Tabellen ist immer nur ein sehr bedingter Werth beizumessen. Denn die Erfolge sind Seitens der Autoren oft von verschiedenen Gesichtspunkten aus abgewogen worden. So weisen die Fälle eine sehr ungleiche Beobachtungsfrist auf. Ich habe nun die als geheilt veröffentlichten Fälle mit kurzer Beobachtungsdauer den Operationen mit unbekanntem Erfolge gleichgesetzt. Das definitive Resultat der Operation ist übrigens nicht von diesem oder jenem Umstande allein, sondern von dem Zusammenwirken vieler Factoren, welche alle wohl beachtet sein wollen, abhängig. Für

den endgültigen Erfolg sind eben viele Einzelheiten entscheidend: nicht nur der Theil, mittels dessen die Niere fixirt wird, sondern auch die Wahl des Nahtmaterials, die Anzahl der Fäden, die Behandlung des Organs selbst, welches von der Capsula propria entblösst werden kann oder nicht, die Art der Wundbehandlung (Schluss oder Tamponade der Wunde) u. s. w., spielen dabei eine Rolle.

Ich glaube, die Tabelle so übersichtlich gemacht zu haben, dass sich leicht die einzelnen Resultate herausfinden lassen, wie sie sich unter diesen oder jenen operativen Modificationen gestalten. Ich will hier nur noch das Gesammtfacit aus dem vorhandenen Materiale ziehen.

Zuvörderst mögen kurz einige Punkte von rein klinischem Interesse erledigt werden. Unter 167 Patienten, bei denen das Geschlecht angegeben ist, waren 153 Frauen (= 91,62%) und 14 Männer (= 8,38%). Von 129 Patienten, bei denen sich die erkrankte Seite bezeichnet findet, war die bewegliche Niere 108 Mal rechts (= 83,72%), 14 Mal links (= 10,85%) und sieben Mal beiderseits (= 5,43%). In den sieben Fällen von doppelseitiger Wanderniere wurde die Nephrorrhaphie vier Mal an beiden Nieren und drei Mal nur an der rechten vorgenommen. Keen's[7]) entsprechende Zahlen sind: unter 99 Patienten waren 93 Frauen (= 94%) und sechs Männer (= 6%); unter 87 Patienten war die Wanderniere 76 Mal rechts (= 87,4%), sieben Mal links (= 8%) und vier Mal beiderseits (= 4,6%).

Auf 274 Operationen vertheilen sich fünf Todesfälle. Danach würde der Nephrorrhaphie eine Mortalität von 1,82% zukommen. Gegenüber der von Keen gefundenen Mortalität von 2,98% würde somit ein erfreuliches Sinken der Sterblichkeit um mehr als 1% oder ein Drittel des früheren Verhältnisses zu constatiren sein. — Unter 222 genauer bezeichneten Fällen sind 145 oder 65,32% Heilungen, 23 oder 10,36% Besserungen und 49 oder 22,07% Misserfolge nebst Recidiven (d. h. vorübergehenden Besserungen) zu verzeichnen. Auch in Beziehung auf die Resultate der Nierenanheftung ist ein erheblicher Fortschritt zu erkennen. Denn bei Keen

---

[7]) Bereits citirt.

Resultate		Fixation des peritonealen Ueberzuges der Niere	Fixation der Capsula adiposa				Fixation der Capsula propria			Fixation des Parenchyms			Combinationen:						Besondere Operationsmethoden	Operationen ohne Angabe des Verfahrens	Summa	
			im Allgem. (d. h. ohne Detaillirung)	der uneröffneten	der eröffneten		im Allgem. (d. h. ohne Detaillirung)	Decortication des Parenchyms		im Allgem. (d. h. ohne Detaillirung)	seiner Decortication		Fixation des Parenchyms mit besonderer Fixation der				Fixation der Capsula adiposa und Fixation der Caps. propr.					
					Resection								des nicht decorticirten		des decorticirten		Decortication des Parenchyms					
					ohne	mit		ohne	mit		ohne	mit	Capsula adiposa	Capsula propria	Capsula adiposa	Capsula propria	ohne	mit				
Dauernde Heilung:	Keine weitere Angabe	—	2	—	1	2	3	1	—	23	3	5	7	1	—	2	—	—	—	39	89	145
	Niere fest	—	2	—	1	—	6	—	2	7	5	11	10	3	—	1	2	1	1	3	55	
	Niere lose	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Dauernde Besserung:	Keine weitere Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	5	10	23
	Niere fest	—	1	—	—	—	1	—	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	7	
	Niere lose	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	
Temporäre Besserung:	Keine weitere Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	20 } 49
	Niere fest	—	—	—	—	—	1	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	
	Niere lose	—	2	—	1	—	1	—	1	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	
Misserfolg:	Keine weitere Angabe	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	—	1	1	—	—	—	—	—	6	12	29
	Niere fest	—	1	—	1	—	1	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	9	
	Niere lose	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3	8	
Tod:		—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	5	
Unbekanntes definitives Resultat:	Keine weitere Angabe	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	21	25	34
	Niere fest	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	7	
	Niere lose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Summa:		*3*	*11*	*2*	*4*	*3*	*14*	*3*	*6*	*43*	*16*	*31*	*22*	*5*	—	*4*	*2*	*1*	*1*	*85*	256	
Bezüglich des definit. Resultat. noch nicht eingereihte Fälle	Keine weitere Angabe	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	7	15	18
	Niere fest	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
	Niere lose	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Gesammtsumme:		3	11	2	4	3	15	3	6	46	18	35	23	5	—	4	2	1	1	92	274	

finden sich die Heilungen mit 52 % angegeben. Dass bei diesem Autor die Besserungen 17,3 % betragen, sich also erheblich höher wie in meiner Tabelle stellen, ist durchaus nicht in einem für die Nephrorrhaphie ungünstigen Sinne auszulegen, diese Thatsache lässt vielmehr den Schluss zu, dass eine verbesserte Operationstechnik häufiger zu gänzlichen Heilungen als zu blossen Besserungen geführt hat. Freilich erleidet dadurch der Gesammtüberschuss der günstigen Resultate (Besserungen und Heilungen zusammengenommen) in meiner Zusammenstellung über diejenigen Keen's eine Herabminderung. Gleichwohl bleibt das Verhältniss der ersteren zu den letzteren noch immer wie 75,68 % zu 69,3 %. Etwas ungünstig fällt der Vergleich zwischen den Misserfolgen in beiden Tabellen aus. Es ergiebt sich dabei ein Aufsteigen von 17,3 % auf 22,07 %. Und ich will mir auch keineswegs verhehlen, dass sich das Verhältniss zwischen der Gesammtheit der günstigen Resultate und den Misserfolgen, in welchen auch die später eingetretenen Recidive miteinbegriffen sind, etwas verschlechtert hat. Dieses Verhältniss, welches bei Keen $^{69,3}/_{17,3}$ beträgt, stellt sich bei mir auf $^{75,68}/_{22,07}$. Das heisst mit anderen Worten: während früher die Zahl der Misserfolge dem vierten Theil der günstigen Operationen gleich war, macht sie jetzt den 3,43. Theil der letzteren aus.

Dass die letzten Auseinandersetzungen zu einer ungünstigen Beurtheilung des Hahn'schen Verfahrens oder wenigstens zu einigem Misstrauen gegen dasselbe Veranlassung geben müssten, kann ich meinestheils nicht zugeben. Ich komme damit zu einer Kritik der Berechtigung der Nierenanheftung. Die vorstehenden statistischen Betrachtungen haben doch vor allen Dingen gelehrt, dass die Erfolge der Operation eine nicht geringe procentualische Zunahme erfahren haben. Und, um mich in Anlehnung an einen Ausspruch Lindner's [8]) so auszudrücken, darf man eine Operation nicht desshalb verwerfen, weil sie in technischer Hinsicht nicht ganz einwandsfrei ausgeführt worden ist. Verhältnissmässig

---

[8]) Münchener med. Woch. 1890. 16: Lindner will die Nephrektomie bei Wanderniere nicht gleich durch eine einmal gemachte unrichtige Indicationsstellung discreditirt wissen.

viele Misserfolge sind eben dem ungenügenden anatomischen Effect, welcher erzielt wurde, zur Last zu legen. Denn von 18 der 49 Misserfolge wird zugleich berichtet, dass die fixirte Niere wieder lose geworden ist. Bei 17 Fällen findet sich eine Angabe über das Verhalten des Organs nicht, und nur bei 14 Fällen ist die Niere fest vorgefunden worden.

Die Nephrorrhaphie nimmt heute bereits eine unverlierbare Stellung in der Nierenchirurgie ein. Das beweist die übergrosse Zahl ihrer Anhänger in aller Herren Länder. Wenn ich in der Einleitung die Nierenfixation eine im Verhältniss zur Häufigkeit der Krankheit wenig geübte Operation genannt habe, trotz der 274 bereits veröffentlichten Fälle, so habe ich dabei ganz bestimmte Punkte im Auge gehabt.

Die vereinzelten Gegner des Verfahrens, welche wir kennen lernen werden (Landau, Lindner u. s. w.), können gegenüber der grossen Menge der erklärten Anhänger kaum schwer in's Gewicht fallen. Anders liegt die Sache, wenn die Nephrorrhaphie bei einer grossen Gesammtheit von Aerzten noch immer einer kühlen Aufnahme begegnet. So sind aus Oesterreich doch eigentlich nur zwei Nephrorrhaphien (Hochenegg und Frank) bekannt geworden und noch dazu in allerjüngster Zeit. Auch müssen meiner Ansicht nach die Stimmen, welche sich überhaupt zur Sache äussern oder Stellung nehmen, in diesem Lande sehr gering sein. Denn ich konnte in zahlreichen österreichischen medicinischen Zeitungen wenigstens keine solchen auffinden. Eine ziemlich allseitige Ablehnung fand die Nierenfixation auf dem VI. Congress polnischer Aerzte und Naturforscher zu Krakau (1891). Aber auch an anderen Stellen als auf der gegnerischen Seite kommt die Nephrorrhaphie nicht zu der wünschenswerthen Geltung. Viele Anhänger der Operation betrachten sie noch zu sehr als ein Nothmittel und schränken das Gebiet derselben auf das Aeusserste ein. So kommt es, dass die palliativ behandelten schwereren Fälle von Wanderniere die operativ behandelten noch um ein Enormes an Zahl überwiegen.

Die Zahl der Einwendungen, welche im Laufe der Jahre gegen die Berechtigung der Nephrorrhaphie erhoben worden sind und noch erhoben werden, ist eine sehr

grosse. Ich kann sie hier nicht alle kritisch besprechen. Das ist bereits zu wiederholten Malen von berufenerer Seite geschehen. Ich will mich bloss mit den hauptsächlichsten Einwürfen beschäftigen, in denen ja schliesslich auch die vielen übrigen gipfeln. Ich bin mir bei diesem Vorhaben wohl bewusst, dass auch die gelungenste Kritik einen bisherigen Gegner nicht zum Freunde des Hahn'schen Verfahrens zu machen braucht. Das Letztere hätte doch viel eher bewirkt werden müssen durch die zahlreichen Thatsachen eines unleugbaren Erfolges sowie durch die Betheuerungen vieler Patienten, dass sie durch die Operation vollständig geheilt seien. Wie von manchen Seiten nicht ganz mit Unrecht hervorgehoben wurde, ist die Entscheidung für irgend eine der therapeutischen Maassnahmen gegen Wanderniere, also auch für die Nephrorrhaphie, eher eine Gefühlssache, als dass sie auf einer strengen Indication beruhte.

Der schwerste Einwurf, wie er besonders von Landau[9]) geltend gemacht wird, ist der, dass die Nephrorrhaphie völlig wirkungslos sei, und dass der vermeintliche Erfolg durch ganz andere Factoren bedingt sei. Diese Anschauung, welcher heutzutage nur noch äusserst Wenige huldigen, wird schon allein durch den einfachen Hinweis auf die Thatsache widerlegt, dass in vielen Fällen diese anderen Factoren auch vor der Operation wirksam waren, und die fast ungeschwächte Fortdauer der unerträglichen Beschwerden zum chirurgischen Handeln geradezu drängte.

Ein zweiter Einwurf, aber milderer Art, ist der vorwiegend von Lindner[10]) vertretene, welcher darauf hinausläuft, dass für die anerkannt chirurgisch zu behandelnden Fälle die Nephrorrhaphie nicht die geeignete Operation sei, weil sie noch zu viele Misserfolge aufzuweisen habe. Und doch ergiebt sich für die letzteren selbst nach den Berechnungen dieses Autors nur eine annähernd viermal so kleine Zahl als für die wirklichen Erfolge! Eine an sich harmlose Operation, welche eingestandenermaassen unter fünf Kranken immer vier gesund macht, sollte doch nicht so ohne Weiteres zum alten Eisen geworfen werden! Lindner sucht nun diesem Gegeneinwurf durch

---

[9]) Freie Vereinigung d. Chir. Berlins, Sitz. vom 3. XII. 1888.
[10]) Bereits citirt.

die Behauptung zu begegnen, dass diese Art Heilung zumeist eine vorübergehende sei. Nur die Fälle, in denen während eines Jahres kein Recidiv eingetreten ist, gelten ihm als beweiskräftig, und er geht in seinem Misstrauen soweit, dass er die operirten Fälle noch nach zwei und mehr Jahren daraufhin untersucht wissen will, ob nicht doch wieder der frühere Zustand eingetreten ist. Nun ist aber thatsächlich in einer stattlichen Reihe von Fällen das Wohlbefinden noch nach vielen Jahren (von Hahn und Svensson z. B. nach sieben Jahren) unverändert angetroffen worden, und doch hat Lindner die Berechtigung der Operation nicht anerkannt. Da ist denn gewiss die Frage erlaubt, wie viel Jahre vergehen sollen, um die Nephrorrhaphie endlich als brauchbar zu sanctioniren. Erfreulich ist es ja immerhin, dass die Möglichkeit einer länger währenden Heilung zugestanden wird. Lindner begründet seinen ablehnenden Standpunkt hauptsächlich mit der Erklärung, dass den narbigen Verwachsungen, durch welche die Niere gehalten werde, rücksichtlich ihrer Dauerhaftigkeit kein Vertrauen zu schenken sei. Bei dem heutigen Stande der Dinge sind Zweifel am anatomischen Erfolge der Nierenfixation nicht mehr berechtigt. Die Unbeweglichkeit der fixirten Niere ist noch nach langer Zeit constatirt worden, nicht bloss durch äusserliche Palpation, sondern auch durch unmittelbare Betastung des Organs gelegentlich einer Section (Tillmanns, Rinne) oder einer Bauchoperation (Tuffier, Kümmell, Langenbuch, Svensson [nach sieben Jahren]).

Ein dritter Einwurf, welcher besonders von englischen internen Klinikern[11]) erhoben wird, bezieht sich darauf, dass die Nephrorrhaphie nicht ganz ungefährlich sei und daher bei einem Leiden, welches das Leben an sich nicht bedrohe, auch nicht zur Anwendung kommen dürfe. Freilich sind auch Todesfälle im Anschluss an die Nephrorrhaphie eingetreten, unter 274 Fällen im Ganzen nur fünfmal. Dieselben sind nicht der Operation als solcher zuzuschreiben, sondern eben als Unglücksfälle zu betrachten, wie sie bei jeder anderen harmlosen Operation ebenfalls vorkommen können. Ich will damit die Sache keineswegs beschönigen. Denn hätte man

[11]) Clinical Society of London, Sitz. vom 8. IV. 1892.

die Operation nicht unternommen, dann wäre natürlich auch den Patienten das Leben nicht so jäh abgekürzt worden. Wollte man sich aber auf einen derartig ängstlichen Standpunkt stellen, dann müsste man in weniger dringenden Fällen nie eine Operation für statthaft halten. Und es werden doch Operationen mit Recht unternommen bei Leiden, die das Leben absolut nicht gefährden, selbst nicht einmal körperliche Unbequemlichkeiten verursachen. Dahin gehören z. B. die Exstirpation eines Lipoms und viele von den plastischen Operationen. Soll denn da nicht in den Fällen von Wanderniere, welche das Leben unerträglich machen, ein seiner Natur nach ungefährlicher Eingriff gestattet sein?

Die Gegner der Nephrorrhaphie befürworten bei Wanderniere die ausgiebigste Anwendung von Leibbinden und Apparaten. Bei denjenigen Fällen, welche dieser palliativen Behandlung trotzen, will Lindner sofort die Nephrektomie ohne den zuvorigen Versuch einer Anheftung des Organs ausgeführt wissen, während Andere entweder verschweigen, was in ihnen zu thun sei, oder das Vorkommen derartiger Fälle überhaupt leugnen. Glücklicherweise ist die Nephrektomie bei uncomplicirter Wanderniere ausser in den 36 in Lindner's Monographie[12]) zusammengestellten Fällen nur noch wenige Male zur Anwendung gelangt. Je eine solche Operation ist nur noch ausgeführt worden von Clementi (Catania) 1882, Krönlein (Zürich) 1884, Dunning (1885), Gilmore, Clarke, Postempski, Wiesinger (1887). Im Grunde genommen sind es nur drei Fälle (Clementi, Krönlein, Wiesinger) gewesen, in welchen ausschliesslich die Wanderniere, welche sehr schmerzhafte Symptome hervorrief, gleich ab initio die Indication für die Exstirpation abgab. Dazu fallen dieselben in eine relativ frühe Zeit, in der sich die Hahn'sche Operation noch zu wenig eingebürgert hatte, und die Keppler'sche Hypothese von der Gefährlichkeit des Wandernierenleidens noch zu sehr nachwirkte. In den vier übrigen Fällen

---

[12]) H. Lindner, Ueber die Wanderniere der Frauen. Erschienen zuerst im „Frauenarzt" 1887, X, und später (1888) selbstständig (Heuser's Verl. Berlin-Neuwied).

war die Nephrektomie durch bestimmte Umstände gerechtfertigt: in dreien von diesen (Dunning, Gilmore, Clarke) war vorher die Niere fixirt worden, aber ohne nachhaltige Wirkung auf das Leiden; in dem Clarke'schen Falle enthielt das Nierenbecken einen kleinen Stein; in dem letzten Falle (Postempski) konnte die Niere wegen eingegangener Verwachsungen nicht an ihren Platz Zwecks Fixation gebracht werden.

Werden nun die durch Wanderniere bedingten Beschwerden durch Bandagen gemildert oder wirklich beseitigt, so erhebt sich die Frage, ob damit der Werth oder gar die ausschliessliche Berechtigung der Bandagenbehandlung bewiesen ist. Die Antwort lautet meiner Meinung nach: nein. Denn diese Therapie ist und bleibt eine palliative. Die Nephrorrhaphie dagegen erstrebt die Heilung des Leidens, und sehr oft mit Erfolg. Ein Analogon zur Behandlung der Wanderniere bildet die Therapie der Hernien. Auch hier wetteifern eine orthopädische und operative Behandlungsmethode mit einander. Dabei gewinnt die letztere auf Kosten der ersteren immer mehr an Boden. Dass dem so ist, kann nur mit Freude begrüsst werden. Denn das Ziel einer jeden Therapie muss principiell die Heilung der Krankheit oder des Gebrechens sein. Vergleicht man nun beide Krankheitszustände mit einander, so lässt sich für die Wanderniere sogar eine grössere Berechtigung zum operativen Einschreiten herleiten als für die Hernie. Denn einmal kann ein Bruchband bei jüngeren Individuen Heilung herbeiführen. Des Weiteren macht ein reponirt gehaltener Bruch seinem Träger meist gar keine Beschwerden. Und schliesslich ist auch in den meisten Fällen die Application des Bruchbandes eine sichere und wirkungsvolle. Dieses Alles gilt nicht in demselben Maasse für die zur Fixation beweglicher Nieren construirten Apparate. Zunächst wird eine zuverlässige Immobilisation des Organs durch Contentivapparate wohl selten erreicht. Dies ist übrigens eine ziemlich verbreitete Anschauung. Ist doch von mancher Seite (Pearce Gould[13]) bereits hervorgehoben worden, dass die Pelotte recht häufig nicht auf den Ort der Ektopie drückt

---

[13]) Clin. Soc. of Lond. Sitz v. 8. IV. 1892.

oder, wenn dies wirklich zufällig der Fall sein sollte, es nur vorübergehend thut. Bachmaier[14]), welcher neuerdings der Thure Brandt'schen Nierenmassage als einer allein ausreichenden therapeutischen Maassnahme das Wort redet, schreibt der Bandagenbehandlung eine direct schädliche Wirkung zu. Was die einfachen Leibbinden betrifft, so wird von vielen Autoren, welche diese empfehlen, die Wirksamkeit derselben als eine mittelbare hingestellt: durch die Beseitigung des Hängebauches werde der intraabdominale Druck erhöht und dieser, welcher ein wichtiges fixirendes Moment für die Niere sei, trage seinerseits zur Ruhigstellung des Organs bei. Abgesehen davon, dass nach den Untersuchungen von Clemens Weisker (Schmidt's Jahrbb. Bd. 219, S. 277) die Existenz eines Binnendruckes in dieser Bedeutung sehr problematisch geworden ist, muss bemerkt werden, dass viele der mit Wanderniere behafteten Patienten über straffe Bauchdecken verfügen und dass auch unter Hrn. Dr. Rotter's neun Kranken fünf nicht geboren hatten und keine erschlaffte Bauchmusculatur zeigten. Sehr selten ist im Gegensatz zu der Hernie nach dem Tragen eines Apparates oder einer Binde die Heilung einer beweglichen Niere beobachtet worden. Was vollends den klinischen Effect der palliativen Behandlung anbelangt, so ist derselbe durchweg nicht so günstig wie bei der entsprechenden Therapie der Unterleibsbrüche. Denn oft bleiben noch diese oder jene Symptome der Wanderniere in mehr oder minder abgeschwächtem Grade bestehen[15]).

Was aber von allen derartigen orthopädischen Hülfsmitteln gilt, das sind die mannigfachen Unbequemlichkeiten, welche sie ihrem Träger bereiten. Das ist bei einem für Wanderniere construirten Apparate mehr der Fall wie bei einem Bruchbande. Dieser sowie andere Mängel, welche der orthopädischen Behandlung der

---

[14]) Bachmaier, Die Wanderniere und deren manuelle Behandlung nach Thure Brandt, Wien. med. Presse 1892, 19 u. 20.

[15]) Von Hrn. Dr. Rotter erhalte ich nachträglich die freundliche Mittheilung, dass in einer Reihe von Fällen aus seiner Privatpraxis sich die palliative Behandlung als erfolglos erwiesen hat. Ziemlich alle Patienten legten die Leibbinden, weil sie unbequem und wirkungslos waren, bald wieder ab.

Wanderniere anhaften, finden sich ganz besonders in der Abhandlung von F. Terrier und M. Baudouin: „De l'hydronéphrose intermittente“[16]) hervorgehoben. Die Verfasser behaupten sogar: „dans la très grande majorité des cas toutes les sortes de bandages proposés ne procurent aucun soulagement durable“.

Giebt man auch zu, dass durch die palliative Behandlung der beweglichen Niere die Lage der Patienten erträglich gestaltet oder sogar erheblich gebessert werde, so bleibt ferner zu erwägen, ob der so erzielte klinische Erfolg für eine längere Reihe von Jahren, bezw. für den Rest des Lebens, unverändert fortbestehen wird. Diese Erwägung führt nach den vorliegenden Erfahrungen für viele Fälle zu einem verneinenden Ergebnisse. Denn der Fortbestand der anatomischen Anomalie ist keineswegs als eine gleichgültige und harmlose Sache zu betrachten, mögen die Symptome durch die Bandagenbehandlung auch noch so sehr in den Hintergrund gedrängt werden. Ich berufe mich zunächst auf die häufige Entstehung der intermittirenden Hydronephrose aus der beweglichen Niere und sodann auf die ausgesprochene Neigung des dislocirten Organs, an Lithiasis zu erkranken. Noch ein dritter, bislang wenig gewürdigter Nachtheil kann derjenigen Niere, welche lange Zeit unbefestigt bleibt, erstehen. Es ist nicht sehr selten die Beobachtung gemacht worden, dass eine Wanderniere von einem Sarkom oder Carcinom befallen wurde. Vielleicht können die mannigfachen Insulte, welche das Abdomen treffen, und unter denen eine ungeschützt liegende Niere oft mitleiden muss, die Ursache für die Entwickelung der malignen Neubildung abgegeben haben. Es könnte scheinen, als ob ich damit eine ziemlich fernliegende Eventualität förmlich an den Haaren herbeizöge, wenn ich mich dieses trivialen Ausdruckes bedienen darf. Indessen halte ich eine Reihe einschlägiger in der Litteratur veröffentlichter Fälle für geeignet, meine Behauptung zu stützen. So hat schon 1882 Franz Neumann (Deutsch. Arch. für klin. Med. v. Ziemssen, 30. Bd., S. 377) auf

---

[16]) Rev. de chir., Sept., Oct. et Déc. 1891. Auch monographisch erschienen. — Ferner M. Baudouin, L'Hydronéphrose des reins mobiles, Gaz. hebd. 1892, 6, 7.

drei diesbezügliche Fälle (Kocher, Barker, Lossen) hingewiesen. 1885 berichtet Otto Haug[17]) von der wahrscheinlich durch Olshausen ausgeführten Exstirpation einer angiosarkomatösen Wanderniere, welche schon drei Jahre vorher als beweglich, aber nicht als erkrankt constatirt worden war. In demselben Jahre macht Orlowski (Gaz. lékarska 1885, 17, 18) über eine Nephrektomie Mittheilung, welche er an einer carcinomatösen beweglichen Niere gemacht hat. Das Organ war seit zehn Jahren beweglich. Czerny (Langenbeck's Archiv, Bd. 25, 1881, S. 862) entfernte 1880 eine schliesslich sarkomatös entartete hydronephrotische Niere, welche früher drei Mal durch Fall auf den Leib zum Platzen gebracht worden war. In den casuistischen Zusammenstellungen, welche Brodeur in seinem Werke über Nierenchirurgie[18]) (1886) giebt, finden sich ausser den meisten der vorstehend genannten Fällen weitere ähnlicher Art: Spencer Wells, Gross (1883; Carcinome); v. Bergmann, Lücke, Whitehead (1883, 1880, 1881; Sarkome). Drei gleichfalls bei Brodeur mitgetheilte Fälle von Exstirpation (Goodlee [1883], Croft, Dandois [1885]) sarkomatöser Nieren, welche bei der Untersuchung eine mehr oder minder grosse Beweglichkeit zeigten, lassen sich für meine Beweisführung desshalb nicht ganz einwandsfrei verwerthen, weil es sich in ihnen um Kinder unter vier Jahren handelt. Knowsley Thornton (Lancet 1883, Vol. I, S. 234) entfernte 1883 eine Niere, in deren Kapsel sich ein Sarkom entwickelt hatte. Die Geschwulst, welche sechs Jahre früher begann, zeigte sich im Anfange beweglich. Bruhl führt in seiner Abhandlung: „Le rein mobile“ (Gaz. des hôp. 1892, 16) ausser einigen schon genannten Fällen solche von Wolcott und Jessup auf. Ich weiss nun sehr wohl, dass man darüber streiten kann, was in manchen dieser Fälle Ursache und was Wirkung sei. Besonders von französischer Seite (Le Dentu)[19]) ist hervorgehoben worden, dass selbst eine geringe Volumens- und Gewichtszunahme des Organs

[17]) Haug, Exstirpation einer sarkomatösen Wanderniere. Inaug.-Diss. Halle 1885.

[18]) Bereits citirt.

[19]) Le Dentu, Affect. chirurg. des reins, des uretères et des capsules surrénales, Paris 1889.

die Entstehung einer Wanderniere begünstigen und einleiten könne. Dass diese Schlussfolgerung für manche Fälle von maligner Erkrankung der Niere zutrifft, soll nicht geleugnet werden. Aber für die grosse Mehrzahl der Fälle wird sich der fragliche Vorgang in der Weise abspielen, dass die Beweglichkeit, welche an dem Organe in Folge von Geschwulstentwickelung in ihm etwa auftritt, immerhin eine beschränkte und vorübergehende sein wird. Denn die bösartig erkrankte Niere wird sich bei dem fortschreitenden Wachsthum der Geschwulst in den Nachbargeweben gewissermaassen bald festklemmen und überdies auch durch die Verwachsungen mit den letzteren frühzeitig fixirt werden. Dieses konnte auch ich an drei carcinomatös, bezw. sarkomatös erkrankten Nieren aus der Station des Hrn. Dr. Rotter insofern feststellen, dass zwei Organe, welche noch keine Adhäsionen eingegangen waren, weder durch eine grössere noch durch eine relativ geringere Ausdehnung der Geschwulst beweglich geworden waren. Findet man daher bei der Untersuchung, wie das in mehreren der angegebenen Fälle gewesen ist, die Geschwulstniere in erheblichem Grade beweglich vor, so kann man wohl annehmen, dass die Beweglichkeit bereits vor dem Eintritt der organischen Erkrankung bestanden hat. Die von Haug und Orlowski berichteten Fälle, in denen eine Jahre lang als solche vorhanden gewesene Wanderniere schliesslich von der Neubildung befallen wurde, lassen vollends einen Zweifel an dieser Art des Hergangs nicht aufkommen. Eine secundär von einer Neubildung betroffene Wanderniere wird lange Zeit ihre Beweglichkeit behalten. Die Annahme, dass die Einwirkung eines stärkeren Druckes, Stosses sowie jeder anderen Gewalt auf die Niere ein prädisponirendes Moment für die spätere Entstehung einer bösartigen Neubildung in dem Organe abgeben kann, findet eine Stütze in der Beobachtung, dass ein der Niere entwickelungsgeschichtlich nahe verwandtes Organ, der Hoden, unter denselben Einflüssen ähnlich erkrankt. Beim Kryptorchismus führt der Jahre lang anhaltende schwache Druck, welchen der betheiligte Hoden erfährt, nicht nur zu einer Atrophie, sondern sehr häufig auch zu einer sarkomatösen Degeneration des Organs (zumeist in dem vierten Decennium des Lebens).

Auf einen Zusammenhang zwischen Hoden und Niere, welcher sich in der Neigung zu gleichartiger Erkrankung kundgebe, hat schon Terrillon in seiner Abhandlung: „Rein flottant et néphrorrhaphie“: (Bull. gén. de Thér. Tome 118, Livr. 18, 1890; S. 424) hingewiesen. Der Autor bezieht sich jedoch dabei auf die Tuberculose beider Organe. In der Litteratur habe ich vergebens nach einer Bestätigung der Terrillon'schen Hypothese gesucht, und ich bin genöthigt, die Etablirung eines tuberculösen Processes in einer Wanderniere als ein zufälliges und von der Beweglichkeit unabhängiges Ereigniss zu erklären. Dasselbe gilt nach den vorliegenden Erfahrungen für die interstitielle Nephritis, die fettige oder cystische Degeneration, welche man in einer ektopirten Niere hat auftreten sehen und daraufhin in eine ursächliche Beziehung zur Dislocation gesetzt hat.

Mögen sich die besprochenen Folgezustände einer beweglichen Niere auch nur in einem kleinen Bruchtheil der Fälle einstellen, so sind sie doch derartig ernst, dass man sie sich stets gegenwärtig halten muss, wenn man in einem concreten Falle von Wanderniere sich zu einer therapeutischen Massnahme entschliessen soll. Wenn man von den principiellen Gegnern der Nephrorrhaphie absieht, so werden von den meisten Anhängern der Hahn'schen Operation im Allgemeinen folgende Grundsätze in der Behandlung der ektopirten Niere befolgt. Zunächst soll man in allen Fällen das Leiden durch orthopädische Behandlung (Leibbinden, Apparate mit Pelotte) zu bekämpfen suchen. Misslingt dieser Versuch, dann soll die Nierenanheftung am Platze sein, welche unter Umständen zu wiederholen sei. Erzielt man auch mit dieser ungefährlichen Operation keinen Erfolg, und machen die Krankheitssymptome das Leben unerträglich, so ist das radicale Verfahren der Nephrektomie angezeigt unter der Voraussetzung, dass die andere Niere intact ist. Diese Stufenfolge der Indicationen erleidet hier und da einige Modificationen. Am Meisten noch wird das Indicationsgebiet der palliativen Therapie auf Kosten desjenigen der operativen Behandlung zu erweitern gesucht. Diese Bestrebungen scheinen mir nach den Auseinandersetzungen über die Gefahren, welche einer nicht genügend fixirten Niere drohen, wenig ge-

rechtfertigt. Ich möchte aus dem eben angegebenen Grunde das Indicationsgebiet der Nephrorrhaphie eher erweitert als eingeschränkt wissen. Wandernieren, welche ihren Trägern keine Beschwerden machen oder gar unbemerkt bleiben, sollen meines Erachtens auch nicht gleich operativ behandelt werden. Aber schon in Fällen, in welchen die palliative Behandlung den Zustand der Kranken zu bessern im Stande ist, sollte man den Letzteren die Nephrorrhaphie dennoch vorschlagen und im Falle der Einwilligung auch ausführen. Findet sich dieser therapeutische Grundsatz auch nirgends direct ausgesprochen, so mag von manchen Chirurgen doch bereits nach ihm verfahren werden. Ein energisches chirurgisches Handeln verlangen auch Terrier und Baudouin in ihrer Abhandlung: „De l'hydronéphrose intermittente". Unter dem Hinweis auf den frühzeitigen Eintritt einer intermittirenden Hydronephrose wird bemerkt: „Ce qui prouve, qu'il faut opérer le rein mobile très rapidement pour empêcher cette complication de survenir". — Fast allgemein wird mit vollem Rechte für diejenigen Fälle, in denen eine event. wiederholte Nierenfixation die Beseitigung der Beschwerden nicht herbeigeführt hat, die Nothwendigkeit der Nephrektomie anerkannt. Die nahezu völlige Gesundheit der anderen Niere wird dabei als unerlässliche Vorbedingung gedacht. Unter den Anhängern der Hahn'schen Operation ist es nur W. Hager[20]) (Wandsbeck), welcher die Entfernung einer Wanderniere grundsätzlich verwirft.

Ich möchte nun noch einige bemerkenswerthe Punkte der Technik, auf welche zu achten mir Hrn. Dr. Rotter's Operationsfälle die beste Gelegenheit gaben, in Kürze hervorheben. In den ersten Fällen sind Seidennähte zur Anwendung gekommen, in den letzten solche von Catgut. Wie auch von vielen in der Litteratur angegebenen Nierenfixationen berichtet wird, kam es in unseren Fällen, da ja eine prima intentio nicht vorlag, nach Verlauf von Wochen zur Auseiterung der Seidenfäden. Die Wahl von Catgutfäden, zu welcher sich Hr. Dr. Rotter nach diesen Erfahrungen entschloss, ist eine glückliche gewesen. Diese Fäden haben keines-

[20]) Hager, Wider die Nephrektomie bei Wanderniere. Berl. klin. Woch. 1889, 2.

wegs ein unsicheres anatomisches Resultat, d. h. eine mangelhafte Befestigung des Organs zur Folge gehabt. Der definitive Erfolg wurde auch dadurch kein ungünstiger, dass man auf die Ablösung der Capsula propria vom Nierenparenchym verzichtete. Empfehlen dürfte es sich, dass man nicht zu viel Nähte durch die Nierensubstanz hindurchlegt, weil dadurch mehr Gewebspartien zerstört würden. Durch die Erfahrung haben sich fünf bis sechs Nähte als genügend erwiesen. Es hat sich auch in unseren Fällen gezeigt, dass die Verwendung möglichst dicker (Catgut-)Fäden und ein nicht zu festes Zuschnüren derselben am besten vor dem Durchreissen des Parenchyms schützen. Bemerkt zu werden verdient noch, dass die Blutung aus der Niere selbst bei der Durchstechung des Organs mit der Nadel eine minimale war, und dass der Harn höchstens zwei Tage lang sehr geringe Mengen Blutes enthielt.

Der Weg, auf welchem man zur Annäherung der Niere gelangt, ist jetzt allgemein ein retroperitonealer, d. h. die Lendenincision. Diese sollte stets gewählt werden und selbst dann als die zweite Operation ausgeführt werden, wenn man in Folge der zwischen Wanderniere und einem intraabdominalen Tumor schwankenden Diagnose das Abdomen bereits geöffnet hat. Nach diesem Principe ist auch schon mehrfach gehandelt worden (Franzolini 1885, Langenbuch 1889, Meriwether 1890). Dem gegenüber muss es Einen ganz eigenthümlich berühren, wenn Sulzer ohne jede begleitende Begründung den Satz aufstellt, dass bei zweifelhafter Diagnose die intraperitoneale Fixation ausgeführt werden solle. Auf wie schwachen Füssen dieser Satz steht, springt sofort in die Augen. Das Hauptmoment für eine zuverlässige Befestigung der Niere, welches in einer starken Narbe besteht, fällt ja ganz und gar weg. Der Sulzer'sche Rath und seine thatsächliche Umsetzung in die Praxis würde durch Nichts zu rechtfertigen sein. Man muss den Bauch wieder schliessen und gleich in derselben Sitzung oder später die lumbale Nephrorrhaphie vornehmen. Die Fälle von Greig Smith[21]) und Meriwether[22])

[21]) The Lancet 1884, II. S. 10.

[22]) Meriwether, Report of a case of nephrorrhaphy. Annals of Surgery, Vol. 14. No. 3. (Sept. 1891.)

beweisen, wie schwer die rein intraperitoneale Anheftung ist, und der Versuch, die Niere durch blosses Ankratzen wie in dem Smith'schen Falle zu fixiren, kann wohl nicht gut in der Absicht Sulzer's liegen. Es ist gewagt, einen solchen Satz aufzustellen, wenn man eine derartige, rein intraabdominale Nephrorrhaphie, wie sie meines Wissens im realen Sinne des *ῥάπτειν* bisher nur von v. Tischendorf[23]) ausgeführt ist, wenn man, sage ich, eine solche Nephrorrhaphie weder selbst ausgeführt hat noch sie hat ausführen sehen.

Um eine dauerhafte Fixation der Niere zu erzielen, hat Rosenberger 1888[24]) eine combinirt intra- und extraperitoneale Methode zur Anwendung gebracht. Nach ihm „braucht der Vorzug der Hahn'schen Methode, welcher darin besteht, dass die Peritonealhöhle uneröffnet bleiben kann, heut zu Tage nicht mehr als solcher angesehen zu werden.“ Nun haben in einzelnen Fällen von Nierenfixationen selbst kleine Verletzungen des Bauchfelles zu einem circumscripten peritonitischen Abscess geführt.

Gegen Rosenberger's Behauptung lässt sich einfach Folgendes anführen: Auch heut zu Tage besteht noch der Grundsatz zu Recht, dass man da, wo es irgend nur die Verhältnisse zulassen, extraperitoneal operiren soll. Im Allgemeinen ist zu sagen, dass Angesichts der Vervollkommnung, welche die Technik der Hahn'schen Operation in den letzten Jahren erfahren hat, die Zweifel an der Möglichkeit einer genügenden Fixation des Organs als begründete nicht mehr angesehen werden dürfen.

Gegen jede Methode, welche mit der Eröffnung des Abdomens einhergeht, muss das Urtheil Bardenheuer's[25]), eines Chirurgen, welchem eine grosse Erfahrung gerade auf dem Gebiete der Unterleibschirurgie zur Seite steht, schwer in's Gewicht fallen. Der Autor, welcher die diaperitoneale Annähung des visceralen Peritoneums der

---

[23]) Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1887.

[24]) Rosenberger, Die intraperitoneale Anheftung der Wanderniere. Münch. med. Woch. 1888, 50.

Rosenberger, Ueber Operationen der Wanderniere. Verhandl. d. physik.-med. Ges. zu Würzburg, Sitz. v. 7. VII. 1888.

[25]) Bardenheuer, Interessante Capitel aus dem Gebiet der Peritonealchirugie, Cöln und Leipzig 1887.

Niere an's parietale Peritonealblatt empfiehlt, sagt: „Das gefahrlose Leiden (d. h. die Wanderniere) kann die Ausführung einer intraperitonealen, gefährlichen Operation nicht rechtfertigen."

Einen äusserst wichtigen Punkt der Technik, welcher zudem in vielen Fällen für einen nachhaltigen Erfolg von entscheidender Bedeutung ist, bildet der Ort der Fixation. Hahn und Morris suchten die Niere möglichst tief zu fixiren. Andere Chirurgen legten Werth darauf, das Organ so hoch wie möglich zu befestigen. v. Esmarch und Angerer zogen die Niere mittelst der Capsula adiposa weit hinauf. In ähnlicher Weise verfuhr Bassini. De Paoli und Duret (zweiter Fall) nahmen für den bezeichneten Zweck die Resection der XII. Rippe zu Hülfe, wobei der letztere Autor noch besonders den unteren Nierenpol in die Höhe zog. Clement Lucas[26]) macht bei Mittheilung seiner beiden Fälle, in denen ziemlich weit ausgebildete intermittirende Hydronephrosen durch die Nephrorrhaphie, soweit dies eben möglich war, geheilt wurden, die einfache Angabe, dass die Nieren möglichst hoch angenäht wurden. Mikulicz[27]) schob in drei Fällen (zwei Patientinnen), in denen eine Naht als solche gar nicht zur Anwendung kam, die mit Jodoform-Collodium (1 : 10) bestrichene Niere in der Bauchhöhle weit hinauf, um sie daselbst durch Adhäsionen sich fixiren zu lassen. Andere Autoren machen keine Angaben in dieser Richtung.

Die Hochlagerung der Niere ist das einzig berechtigte Verfahren, welches einen definitiven Erfolg verbürgt, während der tiefen Fixation der Niere nur Nachtheile anhaften. Einmal muss es doch bei jeder Operation unser Bestreben sein, möglichst normale Verhältnisse wieder herzustellen. Demgemäss müssen wir die Niere ihrem normalen anatomischen Orte möglichst nahe bringen. Sie daselbst dauernd zu erhalten, ermöglicht jetzt thatsächlich eine sehr verbesserte Technik. Eine tief angeheftete Niere ist allen den oben besprochenen

---

[26]) Clement Lucas, Remarks on the relation of movable kidney to hydronephrosis. Brit. Med. Journ. 26. XII. 1891.

[27]) Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. und Gyn. zu Berlin. Sitz. v. 28. III. 1890.

Insulten, welche den Unterleib treffen, und ihren etwaigen Folgezuständen ausgesetzt, während die hoch befestigte geschützt liegt. Drittens kann eine tiefliegende Niere durch die Schnürung des Leibes gelockert und noch weiter hinabgedrängt werden. Für die hoch liegende Niere bildet die Schnürung vielmehr ein Schutz- und Stützmittel, worauf schon Curschmann[28]) hingewiesen hat, Der Nachtheil der tiefen Annähung der Niere hat sich auch thatsächlich in praxi schon gezeigt. Ich wenigstens glaube den einen Hahn'schen Fall (Krause, 31 Jahre alte Frau) in diesem Sinne deuten zu sollen. Die Patientin, um welche es sich handelte, bekam vor der Operation nur alle vier Wochen (zur Zeit der Menses) die heftigen Erscheinungen einer intermittirenden Hydronephrose. Nach der Operation traten diese Anfälle mit unverminderter Intensität in 14tägigen Zwischenräumen auf. Es entstand unter heftigen Leibschmerzen ziemlich rasch im Abdomen ein kindskopfgrosser, ballotirender, stark druckempfindlicher Tumor, welcher nach 24 bis 36 Stunden unter vollständiger Abnahme der Schmerzen ebenso verschwand, wie er entstanden war.

Der Zweck, die Niere möglichst hoch zu fixiren, wird in der sichersten und zugleich ungefährlichsten Weise durch das oben genauer beschriebene Operationsverfahren, welches Hr. Dr. Rotter ausgeübt hat, erreicht. Die Rippenresection (De Paoli, Duret) ist eine umständliche und nicht unbedenkliche Sache. Die Hinaufbewegung der Niere mittels der Fettkapsel erscheint mir nicht ausgiebig genug und auch nicht von andauernder Wirkung zu sein. Herr Dr. Rotter benutzt die unteren der das Parenchym durchdringenden Nähte sowohl zur Fixation des Organs als auch zugleich zu dem Zwecke, dass sie bei straffer Anziehung und Knüpfung der Niere eine Bewegung nach oben ertheilen. Der obere Pol tritt dabei unter die Rippen. Die Reihe der Stichkanäle in den fixirenden Weichtheilen ist zwar erheblich kürzer wie die an der Niere selbst, ist jedoch nicht so kurz, um eine Stieldrehung des Organs mit ihren Gefahren befürchten zu lassen. Die Niere selbst

---

[28]) Bericht der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig, Sitzung vom 3. VI. 1890 (Schmidt's Jahrbücher 1890, No. 10, Bd. 228).

ist mit ihren unteren zwei Dritteln so hinreichend fixirt, dass sie keine seitlichen und von vorn nach hinten gerichteten Pendelbewegungen machen kann. Zur sichereren Fixation des Organs kann man übrigens den obersten Faden durch das Periost am unteren Rande der 12. Rippe führen. Das Rotter'sche Verfahren ist nach den erzielten Erfolgen sehr zu empfehlen, weil es ausser seiner Einfachheit und Gefahrlosigkeit die gleichmässigsten Resultate geliefert hat. Wie schon oben erwähnt, ist der anatomische Erfolg ein durchweg guter gewesen. Es ist bezeichnend, dass die Niere in allen untersuchten Operationsfällen an dem ihr angewiesenen Orte unbeweglich vorgefunden wurde, und die seit der Operation unverändert andauernde Immobilisation des Organs besonders schön dadurch illustrirt wurde, dass der untere Nierenpol den Rippenbogen wenig überragte und jedesmal mit der Mitte des Hautnarbenzuges die gleiche Niveauhöhe hatte.

An der Hand der zehnjährigen Erfahrungen, welche nunmehr hinter der Nephrorrhaphie liegen, und unter besonderer Prüfung der Ergebnisse, welche die neun mir freundlichst von Hrn. Dr. Rotter zur Bearbeitung übergebenen Operationsfälle gehabt haben, sollen nun in Kürze diejenigen Punkte zusammengestellt werden, welche mir für die Therapie der Wanderniere praktisch wichtig und brauchbar erscheinen.

I. Indicationsstellung.

1. Alle Wandernieren mit einem geringeren Grade von Beweglichkeit, welche ihren Trägern absolut keine Beschwerden verursachen oder erst gelegentlich einer ärztlichen Untersuchung constatirt werden, können ohne Behandlung bleiben. Leibbinden werden sich in diesen Fällen nützlich erweisen.

2. Alle Wandernieren mit einem stärkeren Grade von Beweglichkeit sollten principiell operativ und zunächst stets mit der Nephrorrhaphie behandelt werden, selbst in den Fällen, in welchen sich der Zustand der Patienten durch palliative Mittel (Leibbinden, Apparate mit Pelotte, Medicamente) erträglich machen oder sogar

erheblich bessern lässt. Die Nephrorrhaphie ist bei grösserer Beweglichkeit des Organs stets vorzuschlagen und im Falle der Einwilligung auch auszuführen. Nach diesem Grundsatze sollte besonders dann verfahren werden, wenn es sich um Angehörige der arbeitenden Stände handelt, und die verloren gegangene Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen ist. Wird die Operation nicht zugelassen oder sprechen besondere Umstände (anderweitige schwere Erkrankungen) gegen einen chirurgischen Eingriff, dann bleibt nichts Anderes übrig, als die Bandagenbehandlung eintreten zu lassen.

3. Führt die Nephrorrhaphie nicht zum Ziele, so soll sie ein Mal und auch ein zweites Mal wiederholt werden, wofern das Organ immer wieder beweglich geworden ist. Ist Letzteres nicht der Fall, und ist eine Linderung der unerträglichen Beschwerden auf anderem Wege nicht zu erreichen, so soll die Niere exstirpirt werden.

4. Die Nephrektomie ist auch dann indicirt, wenn die Niere der Sitz einer malignen Erkrankung geworden ist, und die totale Entfernung des Organs unvermeidlich erscheint.

5. Nicht zu umgehen ist die Nierenexstirpation, wenn die an gar zu anomaler Stelle durch Adhäsionen fixirte Niere mit Sicherheit zu bedenklichen Störungen Veranlassung giebt und aus ihren Verwachsungen nicht befreit werden kann. In jedem Falle ist der Versuch zu machen, das Organ zu lösen und an richtiger Stelle durch die Naht zu fixiren.

6. Im Allgemeinen erleiden die Indicationen, welche durch die einzelnen Krankheiten der Niere gegeben sind, dadurch keine Aenderung, dass das betroffene Organ zugleich abnorm beweglich ist. So werden Operationen, wie z. B. die partielle Resection oder die Lithotomie auch an der Wanderniere auszuführen sein. Wenn angängig, soll sofort mit jenen anderen Operationen die Nierenanheftung verbunden werden.

7. Bei etwa nöthig werdender Nephrektomie ist kein Mittel unversucht zu lassen, welches über die nahezu völlige Gesundheit der zurückbleibenden Niere Aufschluss zu geben vermag. Nur wenn diese relative Integrität eruirt ist, darf der radicale Eingriff unternommen werden.

8. Bei Enteroptose ist die Nierenanheftung zu empfehlen, und in nicht mehr langer Zeit können dabei gleichzeitig die Erfahrungen, welche mit der Annähung anderer beweglich gewordener Unterleibsorgane gemacht sein werden, praktisch verwerthet werden.

9. Die intermittirende Hydronephrose an einer beweglichen Niere indicirt in jedem Falle und noch mehr, wie das bei der einfachen Wanderniere der Fall ist, die operative Nierenfixation. Diese ist selbst dann auszuführen, wenn auch nur relativ geringe Reste secernirenden Parenchyms vorhanden sind.

II. Technik.

10. Die retroperitoneale Annähung ist das ausschliesslich berechtigte Verfahren.

11. Die rein intraabdominale Fixation ist ausnahmslos zu verwerfen, weil sie gefährlich und hinsichtlich ihrer Wirkung unsicher ist.

12. Hat man wegen zweifelhafter Diagnose die Probelaparotomie nun einmal gemacht, so muss man bei festgestellter Wanderniere entweder in derselben Sitzung oder später dennoch die lumbale Nephrorrhaphie vornehmen.

13. Die combinirt extra- und intraperitoneale Methode ist gleichfalls nicht ungefährlich und daher zu widerrathen.

14. Man soll sich auch anderer eingreifenderer Massnahmen, wie z. B. der Resection der XII. Rippe oder der Umkreisung derselben mit den Fäden, enthalten.

15. Einen der wichtigsten und den endgültigen Erfolg mitbestimmenden Punkte der Technik bildet der Ort der Anheftung. Nur die möglichste Hochlagerung der Niere ist berechtigt. Die tiefe Befestigung dagegen wirkt direct nachtheilig und kann in vielen Fällen den Erfolg der Nephrorrhaphie auf die Dauer in Frage stellen.

16. Diese Hochlagerung der Niere ist in der einfachsten, gefahrlosesten und zugleich sichersten, sowie nachhaltigsten Weise bis zu einem Grade, wie er früher schwerlich möglich war, durch die Methode Rotter's zu erreichen.

17. Die verticale Lendenincision verdient den Vorzug vor der besonders in England üblichen transversalen oder schrägen Schnittführung, weil sie besser eine Verletzung des Peritoneums vermeidet und vornehmlich, weil sie die Niere bequemer und in einer grösseren Ausdehnung ihrer Längsrichtung anzunähen gestattet.

18. Es ist empfehlenswerth, die Nähte durch das Parenchym zu legen. Nur in den Fällen, in welchen die Niere wegen der Adhäsionen mit den Nachbarorganen schlecht in die Wunde zu bringen ist, und das Parenchym mit der Nadel nicht mitgefasst werden kann (Terrillon's zweiter Fall), ist gegen die alleinige Naht der Fettkapsel Nichts einzuwenden.

19. Die Ablösung der Capsula propria vom Parenchym (Decortication, l'avivement du rein [Guyon]) ist für die Erreichung einer dauerhaften Fixation nicht unbedingt nothwendig und daher besser zu entbehren.

20. Die Niere soll nicht von zu vielen Nähten durchdrungen werden. Durch die Erfahrung haben sich fünf bis sechs Nähte als ausreichend erwiesen.

21. Die Niere ist in genügender Länge und besonders auch am unteren Pole zu fixiren.

22. Als Nahtmaterial verdient Catgut entschieden den Vorzug vor Seide oder sonstigen irresorbirbaren Stoffen.

23. Die Catgutfäden sollen möglichst stark und dick sein.

24. Die Fäden sind nicht zu stark zuzuschnüren, weil sie das Parenchym durchreissen könnten.

25. Für die Bildung einer hinreichend festen Narbe genügt es, die Wunde nur in einem Abschnitte, nicht in ihrer ganzen Länge durch Tamponade klaffend zu erhalten.

26. Um den Erfolg der Operation zu sichern, ist eine mindestens fünfwöchentliche Bettruhe erforderlich. Des Weiteren muss für die nächsten Monate eine Leibbinde getragen werden. Zweckmässig wird sie noch längere Zeit weiter applicirt werden können, und bei Patienten, welche an Enteroptose leiden, wird ihr stetiger Gebrauch nicht zu umgehen sein.

Leider ist es mir nicht mehr möglich gewesen, die gesammte Technik von völlig neuen Gesichtspunkten aus, wie es ursprünglich in meiner Absicht lag, auf Grund des umfassenden litterarischen Materials, welches ich gesammelt habe, kritisch zu besprechen. Es wäre dadurch der Rahmen einer Inaugural-Dissertation weit überschritten worden. Bildet ja ohnehin schon diese Arbeit nur den kleineren Theil einer längeren Abhandlung, in welcher ein historisch-kritischer Rückblick auf die bisherige Entwickelung der Nephrorrhaphie-Frage einen breiten Raum einnimmt. Vielleicht bietet sich mir später einmal die Gelegenheit, das Fehlende zur Veröffentlichung zu bringen.

Ich eile dem Schlusse zu und habe nur noch einer mich persönlich angenehm berührenden Sache zu gedenken. Das ist der tiefempfundene und aufrichtige Dank, welchen ich dem Hrn. Oberarzte Dr. Rotter dafür zolle, dass er mir nicht nur das Krankenmaterial in freundlichster Weise zur Bearbeitung überliess, sondern auch, dass er dieser Arbeit während der ganzen Zeit ihrer Anfertigung ein reges Interesse entgegenbrachte.

Thesen.

I.

Bei der Amputatio mammae wegen Carcinom des Organs ist die Wegnahme der darunterliegenden Partie des M. pectoralis major in ihrer ganzen Dicke indicirt.

II.

Die Nephrektomie ist selbst bei uncomplicirter Wanderniere, wenn auch in seltenen Fällen, ein berechtigter Eingriff.

III.

Eine allgemeine Einführung der Feuerbestattung ist nicht zu wünschen.

Lebenslauf.

Verfasser, Ambrosius Conrad Neumann, katholischer Confession, Sohn des verstorbenen Lehrers Vincent Neumann, wurde am 6. Dezember 1866 zu Schneidemühl in der Provinz Posen geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Königl. Gymnasium zu Schneidemühl, welches er Michaelis 1885 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Er verbrachte seine akademische Studienzeit von neun Semestern ausschliesslich an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, woselbst er am 13. März 1888 die ärztliche Vorprüfung bestand. Am 15. Juli 1891 beendete er vor der Berliner ärztlichen Prüfungs-Commission sein Staatsexamen. Das Examen rigorosum wurde von ihm am 2. August 1892 absolvirt.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse der Herren:

B. Baginski, von Bardeleben, von Bergmann, Bernhardt, du Bois-Reymond, von Bramann, Busch, Dührssen, Eichler (†), Fräntzel, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, von Helmholtz, Henoch, Herter, Hirsch, Hirschberg, A. W. von Hofmann (†), Koch, A. Köhler, Lewinski, Leyden, Liebreich, Lucae, Martin, Mendel, F. Müller, Oppenheim, Paulsen, M. Schulz, F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Senator, Siemerling, H. Virchow, R. Virchow, Vohwinkel, Waldeyer, J. Wolff, M. Wolff, Zeller.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.

In der Zeit von Anfang August 1891 bis Ende Februar 1892 hatte Verfasser das Glück, auf der unter Leitung des Hrn. Oberarztes Dr. Rotter stehenden chirurgischen Station des St. Hedwig-Krankenhauses zu Berlin als Volontär zu arbeiten. Durch den genannten hochgeehrten Herrn dirigirenden Arzt hat Verfasser sowohl eine Förderung seiner Kenntnisse wie auch eine weitere praktische Fortbildung erfahren, wofür er an dieser Stelle Hrn. Dr. Rotter seinen wärmsten Dank darbringt.







